



29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA

69ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 25 a 29 de setembro de 2017

Tema 3.2-A da agenda provisória

OD355

11 de agosto de 2017

Original: inglês

RELATÓRIO QUINQUENAL 2013-2017

DO DIRETOR DA REPARTIÇÃO

SANITÁRIA PAN-AMERICANA

**RELATÓRIO QUINQUENAL 2013-2017
DO DIRETOR DA REPARTIÇÃO
SANITÁRIA PAN-AMERICANA**

**Trabalhando em prol da saúde para o
desenvolvimento sustentável e a equidade:
Rumo à saúde universal
2013-2017**

**Repartição Sanitária Pan-Americana
Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde
para as Américas**

Setembro de 2017

SUMÁRIO

Prefácio	4
Resumo executivo.....	7
Introdução – a OPAS aos 115 anos.....	13
1. Alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde.....	15
2. Responder a desastres e emergências de saúde e fortalecer as capacidades básicas de saúde pública em conformidade com o Regulamento Sanitário Internacional	32
3. Melhorar a saúde ao longo do ciclo de vida	51
4. Reduzir as desigualdades na saúde, com ênfase nas minorias étnicas, populações indígenas e pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade	57
5. Reduzir e eliminar a carga e o impacto das doenças transmissíveis, inclusive as doenças imunopreveníveis, as doenças infecciosas negligenciadas e as doenças cobertas pelo Fundo Global.....	67
6. Reduzir e eliminar a carga e o impacto das doenças crônicas não transmissíveis e de seus fatores de risco	87
7. Abordar os determinantes sociais da saúde e assegurar ambientes saudáveis e inócuos	109
8. Promover o desenvolvimento e a capacidade institucional da RSPA	117
9. Conclusão e perspectivas para 2030.....	131
Siglas e abreviaturas	135
Agradecimentos	137

Aos Estados Membros:

De acordo com a Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde, tenho a honra de apresentar o relatório quinquenal de 2013-2017 sobre o trabalho da Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde.

Este relatório destaca a cooperação técnica empreendida pela Repartição durante o período de fevereiro de 2013 a julho de 2017, no contexto dos Planos Estratégicos de 2008-2013 e 2014-2019 da Organização Pan-Americana da Saúde, definidos por seus Órgãos Diretores.

Carissa F. Etienne
Diretora
Repartição Sanitária Pan-Americana

PREFÁCIO

Setembro de 2017

1. O período em análise, fevereiro de 2013 até julho de 2017, cobre a maioria do meu mandato atual como Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana — a RSPA ou Repartição —, que atua como secretaria da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 2013, tive a honra de ser selecionada pelos Estados Membros da OPAS como a 10ª Diretora para liderar esta venerável e nobre instituição. Quase cinco anos depois, ainda considero uma honra, um privilégio e um prazer estar a serviço dos países e territórios da Região das Américas na busca pela saúde e pelo bem-estar de todos os seus povos.

2. No início do meu mandato, defendi firmemente quatro prioridades: redução das iniquidades em saúde, fortalecimento dos sistemas de saúde, abordando os determinantes sociais e ambientais da saúde e a consecução da cobertura universal de saúde. Essas prioridades constam do tema e conteúdo gerais do Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019, “Em prol da saúde: desenvolvimento sustentável e equidade”, que fornece a estrutura atual para nossa cooperação técnica. Afirmo com toda a segurança que, com a orientação e a colaboração de nossos Estados Membros e, em parceria com os principais interessados diretos de outros organismos de desenvolvimento, a sociedade civil e o setor privado, progredimos significativamente na abordagem das prioridades.

3. Os valores centrais da Organização, equidade, excelência, solidariedade, respeito e integridade continuam a orientar as ações tanto dos Estados Membros como da Repartição. A OPAS continuou a abordar os desafios em matéria de desenvolvimento da saúde, trabalhando firmemente com os países das Américas para superá-los. Também são pertinentes para a nossa cooperação técnica as funções essenciais da Organização relacionadas com liderança e parcerias; pesquisa, geração de conhecimento e divulgação; normas e padrões; opções de política éticas e baseadas em evidências científicas; cooperação técnica para mudanças e capacidades institucionais sustentáveis; e tendências da situação da saúde. Ao desempenhar essas funções, utilizamos enfoques nacionais, sub-regionais e regionais conforme fosse mais apropriado; formulamos e implementamos estratégias criativas e inovadoras conforme necessário e reestruturamos a Repartição e alteramos seus sistemas e processos administrativos para conseguir mais eficiência e eficácia.

4. Apesar dos muitos desafios, houve muitos avanços e conquistas devido, em grande parte, aos Estados Membros trabalharem cada vez mais estreitamente com a Repartição para forjar a cooperação técnica e assumir a responsabilidade por seus resultados. Os países se dispuseram a contribuir e compartilhar suas experiências, lições extraídas e capacidades formadas, com solidariedade e para o bem de todos. Tivemos de agir rapidamente para responder às ameaças e aos surtos de doenças infecciosas, como as

dos vírus Ebola e Zika, ao mesmo tempo em que continuamos administrando tanto os desastres e emergências naturais e causados pelo homem como as epidemias de doenças não transmissíveis, enquanto nos preparávamos para essas ocorrências. Além disso, continuamos a ampliar nossos esforços na saúde ao longo de todo o ciclo de vida, buscando construir sistemas de saúde resilientes e avançar rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde.

5. A era dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) terminou em 2015. A Região, como um todo, atingiu a maioria dos ODM, porém, mesmo com progressos em direção à meta do Objetivo 5 relacionada à mortalidade materna, não conseguimos alcançá-la. Por isso, embora haja muito a ser celebrado, o progresso foi desigual e a iniquidade surgiu como barreira a maiores avanços.

6. No momento atual, temos a Agenda de Desenvolvimento Sustentável 2030 em âmbito mundial e seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, os ODS, para orientar nossas ações na abordagem da agenda inconclusa dos ODM, na proteção de nossas conquistas e no enfrentamento de novos desafios. Há um objetivo específico relacionado à saúde, o Objetivo 3, mas os demais ODS repercutem na saúde, e as ações para abordá-los devem fazer parte do repertório da OPAS, em uma forte parceria com setores outros que não o da saúde, a sociedade civil e o setor privado, conforme necessário e apropriado.

7. Por meio do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, um plano prospectivo, e dos temas transversais da Organização sobre gênero, equidade, direitos humanos e etnia, já iniciamos a abordagem dos ODS que destacam a importância dos determinantes sociais da saúde, do financiamento adequado para a saúde, das parcerias e da ideia de não deixar ninguém para trás no caminho da saúde universal e do desenvolvimento sustentável da saúde.

8. O trabalho tem sido árduo para manter a saúde em posição elevada na agenda de desenvolvimento regional e para promover a saúde universal, mediante a colaboração com a Organização dos Estados Americanos (OEA) para que o documento final dos *Mandatos para a ação* da VII Cúpula das Américas, realizada em abril de 2015, incluísse o apoio às questões prioritárias de saúde. A OEA e a OPAS formaram um grupo de trabalho informal que iniciou seu trabalho em fevereiro de 2016, com o objetivo de direcionar nossa colaboração nos próximos cinco anos e persuadir outras entidades a nos acompanharem na adoção de um enfoque regional dos ODS que aborde os fatores subjacentes aos determinantes da saúde, a equidade em saúde e a saúde universal.

9. O período compreendido pela Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 está chegando ao fim e os Estados Membros da OPAS, com o apoio da Repartição, colaboraram de forma eficiente para elaborar uma nova estrutura. Um grupo de trabalho de países redigiu a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030, uma nova estrutura de alto nível adaptada à situação da Região e alinhada com os ODS. A estrutura

será submetida à aprovação da 29^a Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro de 2017.

10. A mudança constante dos ambientes e circunstâncias sempre vão gerar oportunidades e desafios. Um novo Diretor-Geral da OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, foi eleito na Assembleia Mundial da Saúde de maio de 2017, e aguardamos o momento de trabalhar estreitamente com ele e sua equipe. Houve mudanças nos governos de vários Estados Membros da OPAS, com incertezas em torno das implicações de algumas dessas mudanças para a OPAS e a OMS. No entanto, temos ciência de que a saúde é um bem altamente apreciado e unificador dos países, sendo tanto um contribuinte para o desenvolvimento sustentável como seu produto. Estamos confiantes de que nossos Estados Membros continuarão a demonstrar pan-americanismo e solidariedade.

11. No dia 2 de dezembro de 2017, a OPAS celebrará 115 anos de operações contínuas. A Organização poderia ser classificada como uma centenária saudável, talvez com uma dor ou desconforto aqui e ali, mas ainda está muito ativa e produtiva; refletindo, analisando, aprendendo e inovando; e tomando medidas para a prevenção, detecção em tempo hábil e tratamento das ameaças ao seu funcionamento eficiente e eficaz.

12. As conquistas destacadas aqui são resultado de solidariedade e esforços conjuntos; por isso, manifesto meu sincero agradecimento aos Estados Membros da OPAS; aos Estados Membros e pessoal de outras regiões da OMS; a outras agências das Nações Unidas que trabalham para a saúde; aos parceiros de desenvolvimento; a outros importantes interessados diretos na saúde, inclusive os da sociedade civil e do setor privado; e a todos os funcionários da Repartição Sanitária Pan-Americana, nos países e em Washington, D.C., por suas orientações, colaboração e apoio durante o período avaliado por este relatório. Juntos, avançaremos rumo à concretização de uma visão coletiva de uma Região onde todos os povos, sobretudo os subatendidos, possam alcançar o mais alto padrão possível de saúde e bem-estar que lhes permita desfrutar de vidas dignas e produtivas.

Carissa F. Etienne
Diretora
Repartição Sanitária Pan-Americana

RESUMO EXECUTIVO

13. Durante o período de 2013 a 2017, a Organização Pan-Americana da Saúde, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde, prosseguiu com suas atividades de cooperação técnica nos âmbitos nacional, sub-regional e regional, com a intenção de apoiar o desenvolvimento nacional da saúde. Esses esforços foram liderados e coordenados pela Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), secretaria da OPAS, e envolveram os principais interessados diretos e parceiros nacionais e internacionais. A cooperação técnica da OPAS durante esse período, iniciado com a Dra. Carissa Etienne no cargo de Diretora, foi direcionada essencialmente pelo Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. O Plano Estratégico foi elaborado com participação significativa dos Estados Membros, usando um processo de baixo para cima que levou em consideração as prioridades determinadas em cada país, por meio da formulação das Estratégias de Cooperação nos Países da OPAS/OMS e da aplicação de uma metodologia para a definição de prioridades. Além disso, alinou-se com o Programa Geral de Trabalho da OMS, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 e, na sua formulação prospectiva, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para o ano de 2030, no intuito de assegurar a contribuição da OPAS para o cumprimento, por parte dos Estados Membros, desses importantes acordos e estruturas internacionais relacionados com a saúde.

14. Durante o período em tela, a OPAS enfatizou uma série de temas cruciais, pautada por resoluções aprovadas pelos seus Órgãos Diretores. Entre esses temas, destacam-se o fortalecimento dos sistemas de saúde e a resiliência para avançar rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde; a formação de capacidades nacionais para responder às emergências de saúde e desastres, e cumprir os requisitos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (2005); a adoção do enfoque do ciclo de vida nas intervenções de saúde, com ênfase na saúde da mãe, da criança e do adolescente, bem como na saúde do idoso; a redução das iniquidades em saúde, enfatizando grupos vulneráveis, como populações étnicas e indígenas; a redução e a erradicação, quando possível, das doenças transmissíveis; a prevenção e controle das doenças não transmissíveis (DNT) e seus fatores de risco; e a abordagem dos determinantes sociais e ambientais da saúde por meio de mecanismos multissetoriais que envolvam toda a sociedade. A Organização também procurou melhorar sua própria capacidade institucional e seus sistemas para aumentar a eficiência e eficácia de sua cooperação técnica.

15. Foram alcançadas conquistas notáveis no fortalecimento dos sistemas de saúde e no aumento da resiliência mediante a ampliação do acesso aos serviços, como no caso do programa Mais Médicos no Brasil; na elaboração ou atualização de leis e regulamentos regulamentações relacionados com a saúde, como o estabelecimento do Sistema Regulador do Caribe; a promoção de melhorias no financiamento da saúde e uso do espaço orçamental; a capacitação dos recursos humanos para a saúde a fim de contribuir para o avanço rumo à saúde universal, inclusive por meio de formação on-line usando o Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS; a melhoria do acesso a tecnologias e

produtos médicos, incluindo serviços de radiação mais seguros, e o fortalecimento da pesquisa, sistemas de informação, gestão do conhecimento e comunicação relacionados com a saúde.

16. Os Estados Membros da OPAS enfrentaram inúmeras emergências, desastres e surtos de doenças durante esse período, e houve melhoras e inovações significativas — tanto internamente, na RSPA, como na cooperação técnica entre os países — nos mecanismos para responder a esses incidentes, sobretudo em cenários de grande concentração de pessoas, como as Olimpíadas de 2016, no Brasil. Furacões, terremotos, incêndios, fluxos migratórios e surtos de doenças virais estavam entre as variadas causas das emergências de saúde que testaram a capacidade, as parcerias e a solidariedade dos Estados Membros, assim como a prontidão e o alcance da resposta da RSPA, e a sua capacidades para a mobilização de recursos. A ameaça do vírus Ebola, a circulação generalizada dos vírus Chikungunya e Zika e o ressurgimento do cólera no Haiti, levaram a avaliações que identificaram lacunas e desafios no desenvolvimento das capacidades centrais nacionais para a implementação do RSI. Contudo, esses fatores também permitiram respostas que abrangeram novos enfoques e inovações, como a implementação do Sistema de Gestão de Incidentes da RSPA e o fortalecimento de seu Centro de Operações de Emergência; a melhoria das diretrizes para a distribuição nacional e internacional de equipes médicas de emergência; o fortalecimento dos sistemas de vigilância de doenças; a transferência de tecnologia dos sistemas de monitoramento da qualidade da água e a formação de novas parcerias para fazer face às prioridades identificadas.

17. Ao abordar as intervenções ao longo do ciclo de vida, um importante marco foi a criação, em 2013, da iniciativa “Uma Promessa Renovada para as Américas”, a seção regional de um movimento interinstitucional mundial para o qual a RSPA funciona como uma secretaria. O movimento busca reduzir as iniquidades na saúde reprodutiva, materna, da criança e do adolescente na América Latina e Caribe. Nos próximos 15 anos, essa seção regional ajudará os países a elaborar e implementar os planos operacionais nacionais para responder às questões da equidade nesses grupos populacionais, no contexto da *Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente*. Adotando uma abordagem holística, as intervenções no ciclo de vida também incluíram melhorias na nutrição e se considerou tanto a subnutrição quanto a sobrenutrição. A OPAS participou da promoção e contribuiu para a Década de Ação sobre Nutrição 2016-2025 das Nações Unidas (ONU). Entre as intervenções nacionais para prevenir o sobrepeso e a obesidade, se destacaram a elaboração de políticas e medidas fiscais. Estas últimas passaram pela tributação das bebidas adoçadas com açúcar, como ocorreu em Barbados, Chile, Dominica, Equador e México.

18. O compromisso da OPAS com a redução das iniquidades na saúde continuou a ser um forte alicerce de sua cooperação técnica, e a Organização trabalhou assiduamente para integrar os temas transversais do gênero, equidade, direitos humanos e etnia em todo seu trabalho. Entre as medidas, figuram a criação, por parte da Diretora, de um grupo interprogramático para facilitar tal integração; a aprovação inédita pelo 53º Conselho

Diretor, em 2014, de uma resolução para abordar as disparidades no acesso aos serviços de saúde e seu uso por pessoas lésbicas, homossexuais, bissexuais e transgênero; a definição de um conjunto central de indicadores para o gênero e a saúde; a identificação de prioridades para a saúde dos povos indígenas e afrodescendentes; e a adoção pela RSPA de um novo conjunto de critérios para mensurar as mudanças nas iniquidades em saúde. Em 2016, a OPAS lançou a Comissão para a Equidade e as Desigualdades em Saúde na Região das Américas, em parceria com o Instituto de Equidade em Saúde da University College London.

19. Apesar da continuidade dos desafios para a redução das doenças transmissíveis, por meio da cooperação técnica da RSPA, inclusive com o uso do Fundo Rotativo da OPAS para Compra de Vacinas (o “Fundo Rotativo”) e do Fundo Rotativo Regional de Provisões Estratégicas para Saúde Pública (o “Fundo Estratégico”), diversos Estados Membros conseguiram eliminar algumas dessas doenças nos âmbitos nacional ou subnacional. Entre as doenças erradicadas estão a doença de Chagas (Brasil, Chile e Paraguai), a oncocercose (Colômbia, Equador, Guatemala e México) e o tracoma (México). Em junho de 2015, Cuba se tornou o primeiro país no mundo a receber a validação da eliminação da transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da sífilis. Em abril de 2015, o Comitê Internacional de Especialistas para documentar e comprovar a eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita determinou que a Região das Américas havia eliminado a transmissão endêmica da rubéola e da síndrome da rubéola congênita. No 55º Conselho Diretor da OPAS, em setembro de 2016, o Comitê anunciou a eliminação do sarampo endêmico da Região, um marco histórico em que culminava um esforço de 22 anos que envolveu a vacinação em massa contra o sarampo, a caxumba e a rubéola nas Américas. Essas doenças foram a terceira, a quarta e a quinta a serem eliminadas das Américas, após a varíola, em 1971, e a poliomielite, em 1994, e todas as cinco representam conquistas regionais alcançadas pela primeira vez no mundo. Agora, a OPAS está concentrada na eliminação da malária nos 21 países da Região em que ela é endêmica, do cólera na ilha Hispaniola e da transmissão do HIV em toda a Região; no fortalecimento do enfoque “Uma Saúde” para tratar de questões de saúde na interface entre os seres humanos, os animais e o meio ambiente; e na resposta ao aumento da resistência aos antimicrobianos. A carga crescente das DNT, reconhecida nos âmbitos nacional, sub-regional, regional e mundial, gerou uma série de declarações, recomendações, diretrizes, estratégias e planos de ação. A OPAS elaborou planos de ação regionais para a prevenção e o controle, tanto das DNT como da obesidade infantil, além de haver estimulado a formulação de planos de ação nacionais multissetoriais para as DNT, defendendo a inclusão de setores outros que não o da saúde, a sociedade civil e o setor privado. A Organização trabalhou para fortalecer a capacidade dos Estados Membros para elaborar e implementar legislação, regulamentos e políticas destinados a reduzir os quatro principais fatores de risco das DNT: o tabagismo (atuando no contexto da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco), a má alimentação, o sedentarismo e o uso prejudicial do álcool. A OPAS também promoveu o modelo de atenção às afecções crônicas, objetivando melhorar a qualidade da atenção no nível primário, enfocando quatro DNT principais: a doença cardiovascular, o diabetes, o câncer e a doença respiratória crônica. Ademais, incluiu os

medicamentos para DNT nas compras feitas por meio do Fundo Estratégico. Em colaboração com parceiros, a RSPA fez intervenções para fortalecer a vigilância dos fatores de risco para as DNT, realizar pesquisas sobre a ocorrência da doença renal crônica de causas não tradicionais ou desconhecidas na América Central e abordar a violência e traumatismos, sobretudo os decorrentes do trânsito e da violência contra a mulher. A Organização manteve seu foco na saúde mental, trabalhando com os países para implementar o Programa Mundial de Ação em Saúde Mental da OMS, o qual promove o aumento dos serviços para os transtornos mentais, neurológicos e derivados do consumo de substâncias psicoativas, sobretudo na atenção primária à saúde.

20. Reconhecendo a importância primordial de abordar os determinantes sociais da saúde e assegurar ambientes saudáveis e seguros, a RSPA não apenas defendeu abordagens baseadas na saúde em todas as políticas (STP) e envolvendo todo o governo e toda a sociedade, como também formulou o *Plano de ação para a saúde em todas as políticas* em âmbito regional, aprovado pelo 53º Conselho Diretor em 2014. A RSPA se associou com o governo do Suriname e outros para organizar realizar o primeiro seminário regional sobre STP no Suriname, em 2015, e estabeleceu uma parceria com instituições no Brasil, Chile e México para formar capacidades em STP. Até a Nona Conferência Mundial de Promoção da Saúde, organizada em Xangai, China, em 2016, a OPAS havia colaborado com o Ministério da Saúde do Chile e outros parceiros para realizar um pré-fórum para prefeitos. A Declaração de Santiago, que resultou do pré-fórum, convocou a Região e a comunidade mundial a promover a saúde por meio de redes locais, bem como a elaborar políticas e medidas que abordassem os determinantes da saúde, os direitos humanos e as iniquidades, por meio da STP e da ação intersectorial, no contexto dos ODS.

21. Em outros esforços para assegurar ambientes seguros e saudáveis, diversos Estados Membros da OPAS contribuíram para o texto final da Convenção de Minamata sobre o Mercúrio; a Organização, promoveu intervenções para proteger a saúde dos trabalhadores e consumidores, e contribuir para sua implementação, inclusive ao criar uma base de dados regional CARcinogen EXposure (CAREX), sobre a exposição aos carcinógenos; e os Estados Membros selecionados participaram da Rede Consumo Seguro e Saúde, coordenada pela OPAS e pela Organização dos Estados Americanos. O trabalho prosseguiu com atividades para melhorar a água e o saneamento, por meio do fortalecimento das capacidades dos países para elaborar e aplicar planos de segurança da água e do saneamento, bem como mediante a promoção da participação dos países na Análise Global e Avaliação de Água Potável e Saneamento da ONU. A RSPA também tratou de aspectos da mudança climática relacionados com a saúde, defendendo a inclusão de texto nesse sentido nos documentos das 20ª e 21ª Conferências Conferência das Partes da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre a Mudança do Clima, em 2014 e 2015, respectivamente, e contribuiu para a preparação dos Estados Membros para aplicar as diretrizes da OMS sobre a qualidade do ar, que abordam a poluição do ar e seu impacto na mudança climática e na saúde.

22. Internamente, as medidas adotadas pela RSPA para aumentar sua eficiência e eficácia abrangeram inovações em termos de governança, programas, gestão e administração. Determinados Estados Membros, com o apoio da RSPA, formularam uma nova estrutura de alto nível para o desenvolvimento da saúde na Região — a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 —, para suceder a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017. A Organização contou com uma participação mais ativa dos Estados Membros em seus processos de planejamento estratégico e de definição de prioridades, bem como no monitoramento e avaliação dos programas e planos. A RSPA respondeu aos ajustes feitos pela OMS nos programas de emergências de saúde com seus próprios ajustes, a fim de manter o alinhamento e aproveitar as lições extraídas em mundial e regional nas respostas a emergências, desastres e surtos.

23. A OPAS continuou a adaptar sua cooperação técnica para abordar as prioridades de saúde nacionais e sub-regionais, com o fortalecimento dos mecanismos para o foco nos países e com a atualização da estratégia dos países-chave da Organização. A RSPA modernizou o programa emblemático da OPAS para a cooperação técnica entre os países, para que se tornasse um programa mais estratégico e inclusivo para a cooperação entre os países visando o desenvolvimento da saúde, que põe em prática a política sobre cooperação para o desenvolvimento da saúde nas Américas aprovada pelo 52º Conselho Diretor em 2013. Além disso, reforçou a estrutura, o desenvolvimento e a coordenação dos programas técnicos sub-regionais.

24. Internamente, foram obtidos benefícios substanciais com a adoção do novo Sistema de Informação para Gestão da RSPA (PMIS); o aperfeiçoamento do Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos; a formulação da nova estratégia de pessoal, a *Estratégia para Pessoas da OPAS*, destinada a fortalecer os recursos humanos da própria RSPA; uma nova estratégia de tecnologia da informação; o desenvolvimento contínuo das estruturas e processos de gestão de riscos corporativos da Organização; e o estabelecimento de mecanismos para aprender com os resultados das auditorias e avaliações. Os resultados positivos compreenderam maior eficiência (apesar da acentuada curva de aprendizagem para a implementação do PMIS), um ambiente de trabalho mais conducente ao desempenho de qualidade, melhoria da identificação e mitigação de riscos, e reforço da aprendizagem institucional.

25. Ao longo do próximo quinquênio, as funções e ações da OPAS nos âmbitos nacional, sub-regional e regional — dentro das estruturas das respectivas políticas, estratégias e planos de saúde; das estratégias de cooperação em âmbito nacional e sub-regional; e das metas globais de saúde e desenvolvimento — abordarão prioridades selecionadas com base nas necessidades e lacunas, ao mesmo tempo em que tira partido das conquistas e lições extraídas. As prioridades compreendem: a saúde universal; o RSI e capacidade de resposta a emergências e desastres; a resistência aos antimicrobianos; a os serviços de saúde equitativos para os grupos vulneráveis (como mulheres e crianças, grupos étnicos e populações indígenas), por meio de integração contínua dos temas transversais de gênero, equidade, direitos humanos e etnia; a eliminação das doenças transmissíveis, quando viável; a prevenção e controle das principais DNT e seus fatores

de risco; os determinantes da saúde e os enfoques multissetoriais (como a resposta à mudança climática); o acesso aos medicamentos essenciais e tecnologias em saúde; a saúde e as metas dos ODS relacionadas com a saúde; e o fortalecimento institucional contínuo. As parcerias, alianças e colaborações com os principais interessados diretos de diversos setores continuarão a ser uma importante contribuição para o trabalho da Organização e o progresso obtido pelos Estados Membros no desenvolvimento sustentável da saúde.

INTRODUÇÃO – A OPAS AOS 115 ANOS

26. Desde que se estabeleceu a Organização Pan-Americana da Saúde em dezembro de 1902, seu foco se expandiu da prevenção e controle de certas doenças infecciosas para a inclusão de muitos outros desafios para a saúde e o bem-estar dos povos da Região das Américas. É vital determinar e abordar os fatores subjacentes e as causas principais das ameaças à saúde e ao bem-estar examinando questões como as emergências e os desastres tanto naturais como produzidos pelo homem; as doenças transmissíveis emergentes e reemergentes; as doenças não transmissíveis, como os transtornos mentais; e a promoção da saúde por todo o ciclo de vida.

27. Os 115 anos de experiência da OPAS na vanguarda da saúde pública regional e seus 69 anos de contribuições significativas para a saúde pública mundial, como o Escritório Regional para as Américas da OMS, foram muito proveitosos para a Organização. A OPAS continua a se concentrar nas necessidades prioritárias dos Estados Membros, desempenhando suas funções básicas, inovando e melhorando, e compartilhando experiências e êxitos, sem na busca pela saúde.

28. Contudo, devido às constantes limitações de recursos, é indispensável definir “prioridades entre as prioridades” para as atividades da Organização no âmbito regional, sub-regional e nacional, sobretudo no tocante aos países que necessitam de mais atenção devido à sua situação de saúde mais precária e vulnerável. Os planos estratégicos da OPAS, formulados em colaboração com os Estados Membros e outros importantes interessados diretos, contêm a estrutura para a cooperação técnica da Organização durante períodos definidos para alcançar resultados regionais específicos. Os planos também facilitam as intervenções adaptadas nos níveis sub-regional e nacional, oferecendo atenção especial aos oito “países-chave” designados e contribuindo para a redução das desigualdades e o cumprimento das obrigações em termos de direitos humanos (os países-chave são Bolívia, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua, Paraguai e Suriname). É importante assinalar que o estreito alinhamento dos planos estratégicos com o Programa Geral de Trabalho da OMS para os períodos especificados facilita a contribuição regional para os resultados e as metas mundiais na área da saúde.

29. Este relatório apresenta alguns dos destaques da cooperação técnica da OPAS com seus Estados Membros durante o período de 2013 a 2017, no contexto do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. De modo significativo, os capítulos do relatório refletem as seis categorias¹ e as 30 áreas programáticas do Plano Estratégico, porém o relatório não está organizado rigidamente segundo a estrutura do Plano Estratégico. São apresentados certos processos, avanços, inovações e desafios, relacionados tanto com a cooperação técnica dos programas da Organização, como com a estrutura interna, os sistemas e os processos da RSPA.

¹ As Categorias são Doenças transmissíveis; Doenças não transmissíveis e fatores de risco; Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida; Sistemas de saúde; Preparação, vigilância e resposta; e Serviços institucionais e funções facilitadoras.

30. O relatório incorpora as lições extraídas durante o período e apresenta questões a serem consideradas e ações à medida que a Organização se prepara para o futuro. Além disso, na era dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, também delinea ameaças e oportunidades para a manutenção e a sustentabilidade da qualidade da cooperação técnica da OPAS com os Estados Membros, suas parcerias com os principais interessados diretos para o desenvolvimento da saúde e a contribuição contínua da Organização para a saúde dos povos das Américas e mais além.

1. ALCANÇAR O ACESSO UNIVERSAL À SAÚDE E A COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE

Implementação da estratégia regional para a saúde universal

31. Os países das Américas fizeram avanços significativos na melhoria do acesso aos sistemas e serviços de saúde. Entretanto, as desigualdades de renda e outros determinantes sociais da saúde² persistem em toda a Região e impactam significativamente a saúde e o acesso aos serviços de saúde. A porcentagem da população que aponta obstáculos ao acesso varia bastante entre os países, de 7% a 66%, e é mais elevada nos lares mais pobres. Trinta por cento da população não tem acesso à atenção à saúde por motivos financeiros, e 21% não procuram atendimento devido a barreiras geográficas. Entre os grupos mais afetados estão as populações em condições de vulnerabilidade, como as pessoas muito jovens e muito idosas; mulheres; crianças; populações indígenas e afrodescendentes; migrantes; pessoas lésbicas, homossexuais, bissexuais e transgênero (LGBT); e pessoas com doenças crônicas ou incapacitantes. Nos últimos cinco anos, cerca de 1,2 milhão de mortes poderiam ter sido evitadas na Região se os sistemas de atenção à saúde tivessem oferecido serviços de saúde acessíveis, de qualidade e oportunos. Em vários países, de 10% a 15% da população ainda enfrenta gastos catastróficos, com pagamentos do próprio bolso que os expõem ao risco de empobrecimento.³

32. Os países da Região são diversificados com relação ao tamanho, à capacidade de recursos e níveis de desenvolvimento, e a saúde universal oferece um forte conceito unificador para direcionar o desenvolvimento da saúde e avançar com a equidade em saúde. Os Estados Membros da OPAS reafirmaram seu compromisso de aumentar a equidade, melhorar a saúde e acelerar o desenvolvimento com a aprovação, em âmbito regional, da *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde* (documento [CD53/5, Rev. 2](#)) pelo 53º Conselho Diretor da OPAS, em outubro de 2014. A Estratégia estabelece a meta, nos níveis regional e nacional, de assegurar que “todas as pessoas e comunidades têm acesso, sem nenhum tipo de discriminação, a serviços de saúde integrais, adequados, oportunos, de qualidade, estabelecidos em nível nacional, de acordo com as necessidades, bem como a medicamentos de qualidade, seguros, eficazes e acessíveis, assegurando que o uso desses serviços não exponha os usuários a dificuldades financeiras, especialmente os grupos mais vulneráveis.”⁴ O acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde requerem a adoção e aplicação de políticas e intervenções

² Os determinantes sociais da saúde se referem às condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Essas circunstâncias são moldadas pela distribuição de renda, poder e recursos nos níveis mundial, nacional e local.

³ Atun R, de Andrade LO, Almeida G, et al. Health system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015;385:1230-47.

⁴ Inclusive serviços e intervenções para promover a saúde, prevenir as doenças, cuidar das enfermidades (diagnóstico, tratamento, cuidados paliativos e reabilitação) e oferecer a atenção necessária de curto, médio e longo prazos.

multissetoriais para abordar os determinantes sociais da saúde e promover um compromisso de toda a sociedade para fomentar a saúde e o bem-estar.

Avanços regionais rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde

- Vinte países e territórios da Região elaboraram políticas, estratégias ou planos de saúde integrais, no contexto dos elementos da *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde*: Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Cuba, El Salvador, Equador, Estados Unidos, Guiana, Honduras, Jamaica, México, Montserrat, Peru, República Dominicana, Saba, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.
- Quinze países elaboraram e implementaram estruturas financeiras para a saúde universal: Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Estados Unidos, México, Panamá, Peru, República Dominicana e Uruguai. Chile, Colômbia, Guiana, Haiti e Peru inseriram a proteção social na saúde como um princípio básico de seus sistemas de saúde, e El Salvador, México, Peru e Uruguai elaboraram ou atualizaram seus pacotes garantidos de benefícios de saúde.
- A Repartição também apoiou os ministérios da saúde em seu trabalho com os ministérios da fazenda e as instituições financeiras com o objetivo de aumentar o financiamento da saúde; em 2016, Barbados e Santa Lúcia completaram estratégias detalhadas de financiamento da saúde.
- Onze países elaboraram estruturas normativas para avançar rumo à saúde universal: Bolívia, Brasil, Colômbia, El Salvador, Equador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Peru, Suriname e Uruguai.
- Bolívia, Costa Rica, El Salvador, México e Uruguai, juntamente com a República Dominicana e outros países do Caribe, trabalharam para melhorar a cobertura com o apoio da OPAS e do Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional (DFID, na sigla em inglês), da Agência Australiana para o Desenvolvimento Internacional (AusAID, na sigla em inglês) e da Agência Espanhola de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional (AECID, na sigla em espanhol).
- A RSPA empreendeu atividades de cooperação técnica com os países a fim de elaborar e implementar roteiros e planos de ação para avançar rumo à saúde universal. Destacam-se o desenvolvimento de ferramentas, a capacitação e a formação. Durante o período, 715 profissionais foram capacitados nas funções essenciais de saúde pública; na concepção e gestão dos serviços de atenção à saúde; na ação parlamentar e direito à saúde; na metodologia de gestão produtiva de serviços de saúde; em economia da saúde no contexto do progresso rumo à cobertura universal de saúde; e em contabilidade nacional para a saúde.

Ampliação do acesso aos serviços de saúde

33. A transformação da organização e a gestão dos serviços de saúde, por meio da elaboração de modelos centrados nas pessoas e comunidades, é indispensável para ampliar o acesso aos serviços. Os países da Região obtiveram grandes conquistas nessa direção durante esse período, priorizando a ampliação do acesso à atenção primária à saúde. A cooperação técnica da RSPA contribuiu para o projeto, a ampliação e a organização de redes integradas de serviços de saúde na Argentina, Belize, Bolívia, Brasil, El Salvador, Equador, Guatemala, Nicarágua, Peru e Suriname.

34. Em 2015, a RSPA convocou o fórum regional “Acesso Equitativo aos Serviços de Saúde: Experiências e Principais Intervenções”, em Washington, D.C. Esse fórum, com a presença de representantes de 16 Estados Membros, analisou as experiências e ofereceu recomendações para transformar a organização e a gestão dos serviços de saúde, aumentar a capacidade de resolução do primeiro nível de atenção dentro das redes integradas de serviços de saúde, priorizar e definir a ampliação progressiva de serviços de saúde de qualidade e implementar mudanças. O evento demonstrou a riqueza das experiências que estão sendo acumuladas na Região na organização das redes de atenção à saúde, à medida que os países continuam a expandir o acesso a uma atenção à saúde de qualidade, abrangente e integrada. Em uma atividade estreitamente vinculada com esse trabalho, a RSPA atualizou a metodologia de gestão produtiva para os serviços de saúde, uma metodologia empregada para gerar e fortalecer a capacidade de gestão nos sistemas e serviços de saúde mediante o aprimoramento do uso de informações e evidências no processo de tomada de decisões. A Repartição prestou cooperação técnica direta a vários países, como Brasil, Chile, El Salvador, Equador, Guatemala, Guiana, Haiti, México, Panamá, Peru e República Dominicana, no uso dessas ferramentas para melhorar a gestão dos serviços de saúde.

Mais Médicos

35. Em 2013, o programa inovador Mais Médicos foi estabelecido no Brasil, onde a saúde é um direito constitucional, e entrou em operação por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse programa procura aumentar a disponibilidade de formação médica nas universidades nacionais do país, melhorar os incentivos para os profissionais de saúde trabalharem em áreas subatendidas e contratar pessoal de fora do país para prestar serviços de saúde nessas áreas, conforme as necessidades. Em conformidade com uma série de acordos legais, a RSPA, o Ministério da Saúde do Brasil e o Governo de Cuba cooperaram para atender as necessidades de curto prazo identificadas em termos de profissionais de saúde, com o objetivo de ampliar a cobertura dos serviços de saúde e o acesso ao SUS.

36. O programa alcançou cerca de 63 milhões de pessoas em comunidades historicamente subatendidas, com o envio de mais de 18.000 profissionais de saúde brasileiros e estrangeiros a mais de 4.000 municípios, a maioria deles áreas socioeconomicamente vulneráveis em zonas remotas, nos subúrbios das cidades, ou nos 34 distritos especiais de saúde dos indígenas do Brasil. Ainda que os médicos estrangeiros tenham fornecido os meios para expandir rapidamente o acesso aos serviços de saúde no curto prazo, o Brasil investiu no aumento do número de vagas nas faculdades de medicina e na criação de novos postos de residência para especialistas, a fim de aumentar a força de trabalho nacional da saúde.

37. A RSPA prestou cooperação técnica em aspectos específicos do programa, em especial, a integração dos médicos cubanos no sistema de saúde; o planejamento e a capacitação para a força de trabalho de saúde; a elaboração e a implementação de uma estrutura de avaliação e monitoramento; e a documentação das boas práticas e lições

extraídas. Além do aumento no acesso à atenção primária à saúde para mais de 60 milhões de pessoas no Brasil, avaliações independentes do programa Mais Médicos também demonstraram uma maior satisfação dos usuários, pois 95% manifestaram estarem satisfeitos com o desempenho dos médicos participantes e 86%, com as melhorias na qualidade da atenção; um declínio de 89% no tempo de espera por atendimento, apesar de um aumento de 33% no número médio de consultas de atenção primária por mês, e uma elevação de 32% no número de consultas médicas em domicílio.

Fortalecimento da direção e da governança: transformação dos sistemas de saúde e a legislação sobre a saúde

38. A RSPA empreendeu atividades de cooperação técnica de alto nível, direcionadas a 16 países⁵ que estão em processo de fazer grandes transformações em seus sistemas de saúde para avançar rumo à saúde universal. Para isso, a RSPA se concentrou nos enfoques multidisciplinares e intersetoriais da reforma da saúde. Diversos países-chave da OPAS tiveram prioridade, e a cooperação técnica foi intensificada na Bolívia, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras e Suriname. Além da cooperação técnica da Repartição, para aumentar a capacidade das autoridades de saúde em governança, direção e liderança, durante suas visitas aos países, a Diretora defendeu um diálogo mais amplo com os setores e os múltiplos interessados diretos, compreendendo áreas do governo como a saúde, as finanças e o desenvolvimento social, o poder legislativo e a sociedade civil.

39. A RSPA elaborou uma estrutura de monitoramento do progresso dos países rumo à saúde universal, e a utilizou na cooperação técnica com o Chile, Cuba, El Salvador, Jamaica, Panamá, Peru e Trinidad e Tobago, o que levou à identificação de áreas-chave para futuros trabalhos nesses países. Em 2015, a OPAS realizou uma análise da estrutura de referência e das ferramentas para as funções essenciais de saúde pública como meio de fortalecer a direção e aprimorar as capacidades de apoio ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde em toda a Região e, assim, contribuir para o desenvolvimento de sistemas de saúde resilientes, a segurança da saúde e a redução de riscos. A análise das funções essenciais de saúde é compatível com as recomendações da 138ª Sessão do Conselho Executivo da OMS, realizada em janeiro de 2016 (resolução [EB138.R5](#), em inglês). Em meados de 2017, uma proposta e uma lista com funções atualizadas, além de uma estrutura conceitual analítica, estavam sendo discutidas com os países da Região e com outros escritório regionais da OMS.

Estratégia sobre a legislação relacionada com a saúde

40. As leis nacionais são instrumentos importantes para o estabelecimento dos quadros jurídicos para fortalecer os sistemas de saúde nacionais, contribuir para o cumprimento do direito à saúde e de outros direitos humanos, e promover o desfrute do

⁵ Bahamas, Bolívia, Chile, Costa Rica, El Salvador, Equador, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Ilhas Turcas e Caicos, Jamaica, Panamá, Peru, República Dominicana e Suriname.

mais alto padrão de saúde possível. A Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde, de âmbito regional, insta os Estados Membros a exercerem liderança para influenciar as políticas, os planos, a legislação, os regulamentos e outras ações de fora do setor da saúde relacionadas aos direitos humanos, sobretudo, os que afetam os determinantes sociais subjacentes. Em consequência, a legislação referente à saúde é uma ferramenta cada vez mais importante na promoção da saúde, da equidade e do acesso à saúde. As estruturas jurídicas podem ser utilizadas para estabelecer direitos, limites e responsabilidades em áreas como o controle do tabagismo, os alimentos, os ambientes saudáveis e seguros, a comercialização de bebidas alcoólicas, o acesso a medicamentos e tecnologia em saúde, a saúde dos trabalhadores e os direitos das pessoas quem vivem em condições de vulnerabilidade.

41. Em outubro de 2015, o 54º Conselho Diretor da OPAS aprovou a *Estratégia sobre a legislação relacionada com a saúde* (documento [CD54/14, Rev. 1](#)), em âmbito regional. O enfoque, elaborado mediante um processo de consultas conduzido por um grupo de trabalho dos Estados Membros e coordenado pela Repartição, promove a redação, a implementação e a análise de leis e estruturas jurídicas, com o fim de proteger os direitos humanos, aumentar a equidade em saúde, promover a solidariedade e a não discriminação na saúde, reduzir os fatores de risco e abordar os determinantes sociais da saúde. Em linha com a resolução [CD50.R8](#), sobre a saúde e os direitos humanos, a *Estratégia sobre a legislação relacionada com a saúde* promove o fortalecimento das capacidades técnicas dos profissionais de saúde, de modo a ampliar o acesso aos serviços de saúde e sua qualidade, com ênfase nos grupos em situações de vulnerabilidade. A estratégia requer também o intercâmbio de informações estratégicas — como boas práticas e decisões judiciais — entre os Estados Membros e com os organismos internacionais, além do reforço da coordenação e colaboração entre as autoridades sanitárias e o poder legislativo em nível nacional.

42. No âmbito nacional, a RSPA contribuiu para a atualização da legislação básica sobre a saúde, inclusive com a análise e a elaboração de leis para orientar a organização do sistema de saúde e o acesso à saúde, as vacinas, a redução dos fatores de risco para as DNT (compreendendo o controle do tabagismo, a regulamentação de bebidas alcoólicas, regulamentações sobre a comercialização e a rotulagem de alimentos pouco saudáveis, e a comercialização de substitutos do leite materno), a saúde mental, a segurança no trânsito e a pesquisa com seres humanos. A RSPA apoiou El Salvador na redação de sua nova legislação do sistema integrado de saúde nacional; Honduras na elaboração de uma nova estrutura legislativa para a proteção social na área da saúde que integra diversos profissionais da saúde em um único sistema, com a garantia de um pacote uniforme de serviços para toda a população; o Panamá na redação de um novo código de saúde; e Cuba na avaliação de sua legislação de saúde pública. Essas ações ajudam a formar capacidades e promover a troca de experiências entre assessores legais dos ministérios da saúde, as comissões parlamentares de saúde e as organizações parlamentares internacionais sub-regionais, como o Parlamento Centro-americano (PARLACEN) e o Parlamento Andino, com os quais a RSPA assinou acordos de cooperação.

Fortalecimento dos sistemas reguladores de medicamentos e outras tecnologias em saúde

43. A melhoria do acesso a medicamentos seguros, eficazes e com garantia de qualidade, bem como a outras tecnologias em saúde constitui uma área prioritária do trabalho da Repartição, no contexto do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde. A cooperação técnica da OPAS visa fortalecer os sistemas reguladores de produtos médicos para que sejam funcionais e específicos do contexto, ao mesmo tempo em que promove a convergência e a harmonização dos sistemas nos âmbitos regional e mundial. O enfoque da OPAS considera a avaliação do desempenho na regulamentação; a coleta e a análise de dados regulamentares para respaldar o desenvolvimento institucional; a formulação de modelos regulamentares adaptados às necessidades do sistema de saúde e a mediação da colaboração entre as autoridades reguladoras nacionais (ARN), as redes e outros interessados diretos, com o objetivo de estabelecer sistemas reguladores e funções reguladoras específicas. Em decorrência desses esforços, oito ARN são agora consideradas ARN de referência regional, e mais de 20 ARN fizeram avanços significativos no desenvolvimento das funções reguladoras. Esse enfoque também gerou inovações, exemplificadas pelo modelo de regulação colaborativa que está sendo implementado no Caribe.

A iniciativa do Sistema Regulador do Caribe

44. A Repartição contribuiu para o estabelecimento do Sistema Regulador do Caribe (CRS, na sigla em inglês), uma iniciativa que abarca todos os países do Caribe para fortalecer a capacidade regulatória, melhorar a harmonização e criar um único ponto de acesso aos mercados farmacêuticos dos países membros da Comunidade do Caribe (CARICOM, na sigla em inglês). O CRS foi estabelecido em 2015 para ajudar na execução transparente e responsável de atividades reguladoras essenciais nos países, e para acelerar os processos regulatórios de aprovação para os principais medicamentos, o que compreende apoiar-se nas ARN designadas pela OPAS como organismos de referência regional que já aprovaram os produtos. Até julho de 2017, nove medicamentos haviam sido examinados e recomendados para receber a autorização para comercialização nos países membros da CARICOM.

45. A Repartição está trabalhando com o CRS para fazer avaliações, desenvolver uma rede regional para informar sobre a farmacovigilância e os problemas de vigilância após a comercialização, bem como para consolidar e compartilhar informações sobre produtos problemáticos que estejam em circulação. A RSPA também proporcionou oportunidades de capacitação ao colaborar com as ARN de referência regional atuais da Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Cuba, Estados Unidos e México. Esses esforços consistiram na mobilização efetiva de recursos para ajudar na implementação do CRS com parceiros como a Agência Reguladora de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos (FDA), Health Canada e a Fundação Bill e Melinda Gates.

Aumento do financiamento para a saúde: evidências, eficiência e uso do espaço fiscal

46. A *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde* aprovada na região recomenda um ponto de referência de 6% do produto interno bruto (PIB) como o nível mínimo do gasto em saúde necessário para que os países alcancem a saúde universal. Para apoiar essa meta, a Repartição conduziu estudos em diversos países e liderou um processo participativo para desenvolver uma estrutura conceitual para aumentar a eficiência no financiamento da saúde e na geração de mais recursos financeiros para a saúde. Durante o período em análise, a Repartição coletou informações sobre o gasto do próprio bolso com a saúde no Canadá e nos países do Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul), a fim de facilitar a análise dos fatores determinantes das despesas e o impacto dos gastos com a saúde nos resultados da atenção à saúde. Várias unidades de economia da saúde de ministérios da saúde da Região mantiveram discussões com parceiros — como a Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina e o Caribe (CEPAL), o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) — sobre questões como a atenção à saúde não remunerada, o espaço fiscal e as perspectivas de aumentar os gastos destinados à saúde pública.

47. Em 2015, a RSPA encomendou um estudo regional sobre o espaço fiscal para a saúde, que analisou as experiências de 14 países da Região. Os resultados foram incorporados em um documento de trabalho sobre o espaço fiscal para o aumento da prioridade da saúde nos gastos públicos na Região das Américas.⁶ O documento apresenta evidências de que os países podem gerar satisfatoriamente novos recursos para a saúde, com o fim de atingir o patamar de 6% do PIB para a saúde universal, e recomenda que esses recursos sejam mobilizados de fontes internas. Uma recomendação específica consiste em criar impostos ou aumentar os já existentes, em especial sobre os produtos nocivos à saúde; aumentar a eficiência dos sistemas de saúde e dos gastos com saúde pública; e melhorar a administração tributária. O relatório também aconselha aos países que buscam a criação de um novo espaço fiscal que o façam por meio do diálogo inclusivo, baseado nos princípios da *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde*: o direito ao mais alto nível de saúde, equidade e solidariedade que se possa atingir. A RSPA continua a trabalhar com diversas organizações parceiras — como o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Banco Mundial, o FMI, a CEPAL e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) — para aumentar a consciência sobre as opções de política e intervenções para elevar o nível de prioridade do financiamento da saúde e aumentar sua eficiência.

48. A RSPA prestou cooperação técnica direta na análise das políticas e sistemas nacionais para o financiamento da saúde, com o intuito de reduzir a segmentação e aumentar a equidade e a eficiência. A Repartição apoiou os países na produção das contas nacionais da saúde usando a metodologia de 2011 do sistema de contas da saúde, uma metodologia mundial padrão criada, em conjunto, pela OMS, OCDE e Eurostat (o órgão

⁶ Documento disponível em [inglês](#) e em [espanhol](#).

de estatística da União Europeia), para acompanhar os gastos anuais com a saúde e as doenças. Por isso, profissionais da saúde de 15 países receberam capacitação, e suas respectivas equipes agora estão preparadas para produzir contas da saúde usando essa metodologia.

Aperfeiçoamento dos recursos humanos em saúde

49. Os sistemas de saúde que procuram garantir a saúde universal devem priorizar a atenção primária à saúde e os serviços integrados prestados por profissionais que trabalham em equipes interdisciplinares. Além disso, devem atentar, em especial, para os grupos cujas necessidades de saúde vêm sendo, usualmente, negligenciadas. Pela primeira vez, a Região alcançou a meta recomendada de 25 médicos e enfermeiros por 10.000 pessoas. Apesar desse progresso, muitos sistemas de saúde nas Américas ainda estão fragmentados, com escassez de pessoal para a atenção primária à saúde, e sobrecarregados com médicos especializados concentrados em áreas urbanas. Os países precisam superar tanto a escassez em números como a distribuição pouco equitativa dos recursos humanos em saúde (RHS). Assim, a cooperação técnica da Repartição nos âmbitos nacional e sub-regional foi reforçada no intuito de abordar a formulação de políticas, o planejamento e a gestão, e o desenvolvimento de capacidades.

50. A RSPA, o Centro Colaborador da OPAS/OMS em Planejamento e Pesquisa da Força de Trabalho em Saúde na Dalhousie University (Canadá) e o Centro Colaborador da OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Brasil), colaboraram para concluir a segunda e última avaliação das 20 metas regionais para os recursos humanos em saúde (2007-2015) e uma análise dos programas de recursos humanos vinculados às metas prioritárias em âmbito nacional. Os resultados dessa avaliação foram analisados por meio de consultas nacionais e sub-regionais (Mercosul e sub-regiões da América Central, do Caribe e andina), com o propósito de determinar as prioridades e as orientações estratégicas para o reforço dos recursos humanos para ajudar no progresso rumo à saúde universal.

51. Com base nas orientações estratégicas, a Repartição redigiu uma *Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde*, em âmbito regional, para apresentação à 29^a Conferência Sanitária Pan-Americana, em setembro de 2017. Essa estratégia salienta a necessidade de melhorar a governança e a direção dos RHS; desenvolver as capacidades dos RHS para ampliar o acesso aos serviços de saúde com base nos princípios da equidade e qualidade; e estabelecer parcerias com o setor da educação para responder às necessidades do sistema de saúde. A estratégia regional está alinhada com a estratégia mundial de recursos humanos para a saúde da OMS (*Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*), adotada pela 69^a Assembleia Mundial da Saúde em 2016, e com o plano de ação quinquenal para o emprego na saúde e o crescimento econômico inclusivo (2017-2021),⁷ adotado pela 70^a Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2017.

⁷ Documento [A70/18](#), em inglês.

Reforço das capacidades dos RHS

52. Além dos métodos tradicionais de capacitação, as tecnologias para aprendizagem online e a telemedicina revelaram-se ferramentas muito úteis para gerar mais capacidade dos RHS, reduzir o isolamento profissional, oferecer oportunidades com boa relação custo-benefício para manter e desenvolver ainda mais a competência clínica, e contribuir para uma melhor qualidade da assistência em áreas rurais e de difícil acesso. O Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS (VCPH, na sigla em inglês) é uma rede de pessoas, instituições e organizações que compartilham cursos, recursos, serviços e atividades relacionadas à educação, à informação e à gestão do conhecimento. Durante o período em análise, a Repartição investiu no VCPH, o que resultou em um aumento significativo do número de cursos e usuários. Foram desenvolvidos 58 cursos com instrutores e 56 cursos de autoaprendizagem, alinhados com os objetivos da *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde*. Até junho de 2017, o VCPH reunia mais de 330.000 usuários.

Aprendizagem virtual para os recursos humanos em saúde

- O Programa Edmundo Granda Ugalde para Líderes em Saúde Internacional da OPAS continuou a capacitar administradores de níveis médio e alto, bem como autoridades nos níveis nacional, sub-regional e regional. Essas pessoas vinham de entidades governamentais, organizações internacionais e comunidade acadêmica e outros segmentos da sociedade civil, relacionados ou não com a saúde. Durante o período 2013-2017, 201 profissionais de 36 países participaram do programa anual de nove meses, oferecido por meio do VCPH da OPAS.
- O projeto da Clínica Virtual Docente, lançado como parte do VCPH da OPAS em 2013, permite aos profissionais e técnicos da saúde receber formação no local de trabalho, podendo ter acesso à clínica com um computador pessoal, laptop, tablet ou smartphone. Atualmente, é usado para desenvolver websites e aplicativos para o acompanhamento de projetos, como o Mais Médicos.
- A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), também disponível por meio do VCPH da OPAS, permite aos países que têm um ponto no Campus Virtual compartilhar recursos educacionais.

53. A Repartição empreendeu atividades de cooperação técnica com 19 Estados Membros,⁸ em uma iniciativa para promover uma “missão social” na educação de médicos e outros profissionais da saúde. A iniciativa visa formar profissionais de saúde com capacitação e experiência em atenção primária e prestação de serviços de saúde integrados, comprometidos com as necessidades de saúde das pessoas mais vulneráveis na sociedade e dispostos a exercer a profissão em áreas carentes se necessário. Especialistas da Repartição também trabalharam com os ministérios da saúde e instituições acadêmicas nos países com para definir os requisitos em nível nacional quanto à formação e capacitação dos profissionais que atuam nos centros de saúde comunitários, e para elaborar recomendações técnicas para os programas de capacitação

⁸ Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Cuba, Equador, Estados Unidos, Guatemala, Guiana, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Peru, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

em serviço nesses centros. O projeto produziu uma ferramenta de diagnóstico preliminar e indicadores essenciais para medir o progresso da incorporação do conceito de missão social nas escolas de medicina e na formação médica.

54. A cooperação técnica sub-regional da RSPA para reforçar a capacidade dos RHS complementou as suas intervenções no âmbito dos países:

- a) A Coordenação Sub-Regional de Programas no Caribe colaborou com os ministérios da saúde dos países da CARICOM e outros agentes para que fosse desenvolvido um roteiro sub-regional para os RHS no período 2012-2017, com marcos específicos para melhorar a governança e as qualificações dos RHS no Caribe. Os planos relativos aos RHS foram concluídos nas Ilhas Virgens Britânicas, Granada, Santa Lúcia e São Vicente e Granadinas.
- b) Na sub-região andina, a Repartição apoiou a formulação e o monitoramento de uma política sobre RHS dentro da estrutura do Organismo Regional Andino de Saúde – Convênio Hipólito Unanue (ORAS–CONHU).
- c) Na América Central, na qualidade de organismo assessor do Conselho de Ministros da Saúde da América Central (COMISCA), a RSPA trabalhou com equipes dos Estados Membros do Sistema de Integração Centro-Americana (SICA), com o objetivo de executar um plano de desenvolvimento dos recursos humanos em saúde na América Central, no período de 2013 a 2015, e formular um plano sucessor para 2016 a 2018.

Melhoria do acesso a medicamentos eficazes, seguros e de qualidade e a outras tecnologias em saúde

55. Os Estados Membros continuam a priorizar o acesso a medicamentos e tecnologias em saúde, com a adoção de várias resoluções que orientam a Repartição na promoção do acesso equitativo a vacinas, medicamentos de qualidade e outras tecnologias em saúde como requisito fundamental para a consecução da saúde universal. A resolução [CSP28.R9](#), *Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde nos sistemas de saúde*, adotada pela 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana em 2012, recomendava o fortalecimento e ampliação do uso dos processos de avaliação para fundamentar a tomada de decisões. Em 2016, o 55º Conselho Diretor aprovou a resolução [CD55.R12](#), *Acesso e uso racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde estratégicos e de alto custo*. Essa resolução insta os Estados Membros a elaborar políticas e estruturas jurídicas que regulamentem o setor farmacêutico, promovam a transparência na definição de preços, fortaleçam os sistemas reguladores para assegurar a qualidade dos medicamentos e aumentem as ações coletivas por meio dos mecanismos de compras conjuntos, como o Fundo Estratégico e o Fundo Rotativo da OPAS.

56. O Fundo Rotativo Regional de Provisões Estratégicas para Saúde Pública, conhecido como Fundo Estratégico da OPAS, foi muito bem-sucedido ao recorrer a compras partilhadas, em âmbito regional, para melhorar o acesso a medicamentos e

provisões para a saúde. Atualmente, 30 países e territórios nas Américas usam o Fundo Estratégico, que manteve sua importante função de promover o acesso a provisões de saúde pública essenciais e de alta qualidade para os Estados Membros, ajudando os países a evitar a escassez e superar as dificuldades nas compras de medicamentos novos e de alto custo. O Fundo Estratégico ampliou sua carteira de medicamentos e produtos médicos, e renovou seu foco no aperfeiçoamento das capacidades de gestão das cadeias de suprimento, trabalhando com os Estados Membros em todas as áreas dessa cadeia, apoiando o planejamento das compras de medicamentos, tecnologias em saúde e equipamentos. Em 2013, a OPAS negociou e emitiu os seus primeiros convênios de longo prazo com fabricantes para estabelecer preços padrão, para todos os Estados Membros, dos medicamentos essenciais selecionados para o tratamento das DNT. No ano de 2016, o custo total das mercadorias adquiridas por meio do Fundo Estratégico foi de US\$ 82 milhões, um aumento cumulativo de 800% durante os 10 anos anteriores.

57. Desde 2015, a RSPA vem colaborando com o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária (o Fundo Global) e com os Estados Membros no sentido de prevenir a escassez de medicamentos antirretrovirais (ARV) no El Salvador, Equador, Honduras, Nicarágua, Paraguai e República Dominicana, ao aprimorar a previsão da demanda e outros aspectos da gestão da cadeia de suprimento. Destaca-se a incorporação de uma ferramenta especial de monitoramento do estoque dentro da Plataforma Regional da OPAS sobre Acesso e Inovação em Saúde (PRAIS). As previsões acertadas das necessidades nacionais de antirretrovirais e reativos laboratoriais no Equador, Honduras, Nicarágua e Paraguai evitaram desabastecimentos durante o ano de 2016.

58. Em 2015, o Fundo Estratégico da OPAS recebeu um novo impulso por meio de um acordo entre a RSPA e o Fundo Global, que permitiu o acesso do Fundo Estratégico ao Mecanismo de Compras Partilhadas do Fundo Global, o que facilita a resolução de questões importantes relacionadas com as compras, como garantir a disponibilidade ininterrupta de provisões, a qualidade do produto e a sua segurança, além da negociação de preços atraentes. A expectativa é que esse convênio com o Fundo Global produza outros benefícios, como a melhoria do desempenho dos fornecedores e o acesso mais rápido a medicamentos com preços aceitáveis em situações de necessidade urgente.

59. A RSPA consolidou uma rede de países e instituições para reforçar a capacidade para a tomada de decisões a respeito da avaliação, incorporação e uso de medicamentos e outras tecnologias de saúde nos sistemas de saúde. A Rede de Avaliação de Tecnologias em Saúde das Américas (RedETSA), coordenada pela OPAS, foi estabelecida em 2011 e, atualmente, compreende 14 países e 28 instituições que compartilham boas práticas, produzem relatórios e apoiam a capacidade de avaliação. A Rede Regional Pontos Focais de Farmacovigilância, estabelecida em 2012, hoje abrange 35 países trabalhando em estreita colaboração com a Rede de Centros de Informação sobre Medicamentos da América Latina e Caribe (Rede CIMLAC) com o propósito de produzir e avaliar informações de segurança sobre medicamentos e, assim, tomar decisões regulamentares. Alertas sobre produtos médicos de qualidade inferior e falsificados vêm sendo

compartilhados por meio de uma rede regional com 16 países, que envia informações ao sistema mundial de alertas coordenado pela OMS.

60. A RSPA apoiou iniciativas para assegurar a disponibilidade de sangue seguro e de produtos derivados do sangue seguros na Região. Foram elaboradas análises técnicas e legais, além de planos sub-regionais para a segurança do sangue e o HIV para o período 2013-2017, para a sub-região andina, a América Central e a República Dominicana. Um projeto de cooperação técnica envolvendo a OPAS e o laboratório de derivados do sangue da Universidade Nacional de Córdoba, Argentina, permitiu que o Brasil obtivesse avanços consideráveis na produção e segurança de produtos sanguíneos que atenderão as necessidades nos âmbitos nacional e regional.

61. Ao abordar a segurança radiológica, a colaboração da RSPA com a Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA) desempenhou uma importante função na elaboração do plano estratégico da AIEA para o período 2016-2021, e na garantia da segurança e eficiência dos equipamentos de radioterapia na Região. Em abril de 2016, foi realizada na Jamaica a primeira reunião de coordenação do projeto de fortalecimento do controle das fontes radioativas do nascimento até a morte, nos Estados Membros da AIEA da sub-região do Caribe. A Repartição promoveu e incentivou a filiação de vários países membros da CARICOM à AIEA, a fim de facilitar o progresso na geração da capacidade essencial para lidar com as situações de emergência radiológica, de acordo com o disposto no RSI. Entre 2012 e 2016, Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Dominica, Guiana, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas e Trinidad e Tobago se tornaram membros da AIEA.

Fortalecimento dos sistemas de informação, de gestão do conhecimento, de comunicação para a saúde, e de pesquisa

62. A coleta oportuna, a análise, a separação, a gestão e a notificação de dados de qualidade sobre a saúde e relacionados com a saúde são aspectos essenciais dos sistemas de informação em saúde eficazes e eficientes. A formulação, a implementação, o monitoramento e a avaliação de políticas e programas baseados em evidências científicas que abordam a saúde e seus determinantes sociais dependem dessas informações, e a separação por critérios de idade, sexo, etnia, local geográfico e outras variáveis permite a identificação de iniquidades e o desenvolvimento de intervenções para reduzi-las. Além disso, os sistemas de vigilância que operam nos níveis subnacional e nacional são essenciais para detectar doenças emergentes e reemergentes com potencial epidêmico.

63. A notificação de informações de saúde atualizadas e sua distribuição nos formatos apropriados a uma ampla gama de interessados diretos, como as autoridades responsáveis pelas políticas, o público e os parceiros de desenvolvimento, são cruciais para embasar a promoção de causas, o planejamento, a programação e os ajustes nas intervenções que visam alcançar os objetivos prioritários da saúde. Muitas vezes, informações importantes sobre saúde produzidas nos países das Américas ou acerca deles — sobretudo os menores — não recebem a atenção que deveriam e, assim, seu uso e aplicação ficam

limitados. O fortalecimento dos sistemas de informação em saúde e de gestão do conhecimento permanece entre as prioridades da OPAS, juntamente com a comunicação para a saúde.

64. Houve melhorias significativas na qualidade e na disponibilidade dos dados sobre a saúde nas Américas, embora ainda haja desafios:

- a) Antígua e Barbuda, Bahamas, Haiti e Jamaica elaboraram novas políticas e planos de ação para seus sistemas de informação em saúde, objetivando melhorar a qualidade dos seus dados de vigilância.
- b) O Equador, as Ilhas Virgens Britânicas, a República Dominicana e São Martinho começaram a usar um sistema de vigilância epidemiológico on-line.
- c) A Jamaica instalou um sistema integrado de vigilância das doenças imunopreveníveis.
- d) Ofereceu-se capacitação sobre a Classificação Internacional de Doenças, 10^a edição (CID-10), a facilitadores da Bolívia, Equador, Paraguai e Peru, e aos codificadores de El Salvador, Guatemala, Honduras e Nicarágua. Posteriormente, Bolívia e Equador ofereceram cursos sobre a CID-10 a técnicos de saúde em âmbito subnacional. Por meio de formação relacionada e do VCPH, mais de 60.000 médicos foram capacitados com o fim de aprimorar o preenchimento das certidões de óbito.
- e) A Argentina, Chile, Costa Rica, Equador, Guatemala, Paraguai, Uruguai e Venezuela começaram a usar um sistema eletrônico, fornecido pelo México, para a codificação da mortalidade segundo a CID-10. Além disso, foram organizados seminários sobre a qualidade das informações no Chile, na Guatemala e em Trinidad e Tobago.
- f) A fim de melhorar as análises da mortalidade, a base de dados de mortalidade da OPAS está em um processo avançado de ampliação, de 5 para 32 variáveis, possibilitando análises estatísticas e epidemiológicas mais avançadas, inclusive múltiplas causas de morte (comorbidades), além da causa básica de morte.

65. Em 2014, a Iniciativa Regional de Dados Básicos de Saúde e Perfis de País da OPAS celebrou o 20^o aniversário da publicação *Situação da Saúde nas Américas: Indicadores Básicos*. Esse folheto é publicado anualmente e apresenta dados atualizados e de alta qualidade para orientar a cooperação técnica da Repartição e facilitar o monitoramento e o acompanhamento das metas regionais e mundiais para a saúde. Os dados são compilados, processados e examinados com a colaboração de ministérios da saúde e do planejamento, e de institutos de estatística nos Estados Membros. Nessa iniciativa, 52 países e territórios da Região fornecem seus indicadores básicos de saúde anualmente; além disso, 20 países da Região produzem atualmente folhetos nacionais de “indicadores básicos” no intuito de orientar a definição de prioridades e a tomada de decisões no setor da saúde. Em 2016, o folheto dos indicadores básicos foi reformulado e

mais de 100 indicadores foram revisados e atualizados. O folheto atual apresenta dados para o acompanhamento de 17 das 27 metas do ODS 3 e se planeja incluir novas metas dos ODS até 2018.

66. A [Plataforma de Informação em Saúde](#) (PLISA, na sigla em espanhol) é um sistema institucional, cujo objetivo é fornecer dados, estatísticas e informações sobre a saúde a fim de apoiar a análise da saúde nos Estados Membros e na Repartição para que atinjam seus objetivos estratégicos, inclusive o monitoramento das metas regionais e nacionais. A PLISA compila e armazena diversos tipos de dados e indicadores de saúde de forma sistematizada, periódica e padronizada, facilitando a análise de dados, a elaboração de relatórios e a divulgação de resultados. A PLISA também é um website com visualização interativa dos dados, o que torna mais dinâmico o gerenciamento de informações e dados.

67. Em novembro de 2016, a OPAS colaborou com o Ministério da Saúde da Jamaica para convocar uma reunião ministerial, em Kingston, sobre os sistemas de informação em saúde. Participaram países, entidades e especialistas regionais do Caribe, e parceiros de desenvolvimento, que formularam um plano de ação conjunto para inovar e melhorar uma variedade de sistemas de informação e parcerias para a saúde em todo o Caribe. A reunião produziu um roteiro extenso para fortalecer os sistemas de informação em saúde e intensificar a colaboração e coordenação entre os ministérios da saúde e agentes nacionais do Caribe, aplicando o modelo da OPAS. A RSPA iniciou atividades de cooperação técnica por meio de avaliações dos sistemas de informação em saúde em Anguilla, Belize, Bermuda, Guiana, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica e Ilhas Turcas e Caicos. Na estrutura de avaliação, consta uma ferramenta “modelo de maturidade” que analisa a etapa do desenvolvimento dos sistemas de informação. A ferramenta foi testada em diversos países do Caribe, e se prevê que a versão em espanhol será testada no Equador. Uma reunião de alto nível direcionada aos países da Meso-América, do Caribe latino e dos Andes, com o objetivo de apresentar os sistemas de informação para a estrutura de saúde, está planejada para agosto de 2017.

68. A edição de 2017 da principal publicação da OPAS, *Saúde nas Américas+*, será lançada na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, em setembro de 2017. Como prova da melhoria na disponibilidade de informações em saúde na Região, todos os 52 países e territórios produziram extensas análises da situação da saúde com uma visão prospectiva da saúde pública. A publicação continua a bastante apreciada pelos dados e análises de saúde, tanto nacionais como regionais, essenciais, concisos e “integrados” que ela oferece; bem como pelo melhor acesso às informações para as autoridades de saúde, os responsáveis por políticas, os acadêmicos, os estudantes, os analistas e o público em geral, por meio dos seus formatos impresso e digital.

69. Durante o período em análise, a implementação da *Estratégia e plano de ação regional sobre gestão de conhecimento e comunicações* (documento [CSP28/12, Rev. 1](#)) resultou em resultados significativos, como o lançamento do [Repositório Institucional da OPAS para o Intercâmbio de Informações](#), que melhorou a capacidade de sistematizar,

preservar e acessar mais de 30.000 documentos. Entre esses documentos, destacam-se mandatos dos Órgãos Diretores, publicações científicas e documentos técnicos produzidos pela OPAS. Vinte países da Região obtiveram acesso à [plataforma HINARI da OMS](#), que oferece acesso on-line gratuito ou a um custo baixíssimo às principais revistas de biomedicina e ciências sociais afins em mais de 100 países; a RSPA ajudou os ministérios da saúde da Guatemala, Guiana, Jamaica, Nicarágua, Paraguai e República Dominicana a organizar cursos sobre a plataforma HINARI ou a ter acesso a tais cursos.

70. Até junho de 2017, o modelo da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) havia sido aplicado em 107 iniciativas nacionais, temáticas e institucionais em 30 países, em decorrência da cooperação técnica proporcionada pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da OPAS (BIREME). A BVS contém mais de 26,7 milhões de documentos, dos quais mais de 9,6 milhões estão disponíveis integralmente, e sua plataforma tecnológica continua a ser atualizada para apoiar as instituições coordenadoras nos níveis nacional e regional. Ademais, a base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) indexa cerca de 920 revistas científicas de 27 países da América Latina e Caribe.

71. As tecnologias da informação e comunicação exercem função fundamental nas intervenções que visam a melhoria da saúde. A *Estratégia e plano de ação sobre e-Saúde* (documento [CD51/13](#)), aprovada em âmbito regional pelo 51º Conselho Diretor, em 2011, contém uma estrutura para a cooperação técnica da Organização nessa área. Atualmente, 15 países e territórios estão formulando e/ou adotando políticas de e-Saúde. Além disso, a OPAS elaborou documentos metodológicos para definir as prioridades políticas no que se refere à e-Saúde, assim como diretrizes que servem de parâmetro para uma estratégia destinada a fortalecer e definir uma infraestrutura básica institucional e tecnológica relacionada com a informação e os serviços de saúde. Uma revisão intermediária da implementação da estratégia e plano de ação, apresentada ao 55º Conselho Diretor em 2016, (documento [CD55/INF/12](#)) identificou medidas necessárias para o progresso, como: promover a formulação de estratégias nacionais em países que não as tenham; trabalhar para a inclusão das áreas em que tenham havido avanços, como a Internet das coisas (*Internet of things*), os dados abertos e os megadados (*big data*); promover a geração de evidências e a formulação de diretrizes para a e-Saúde que favoreçam a tomada de decisões e a elaboração de projetos de modo estratégico e sustentado; e estabelecer um roteiro para a função da e-Saúde dentro da estrutura dos ODS, principalmente do ODS 3.

72. A *Revista Pan-Americana de Saúde Pública*, a revista científica mensal da OPAS, arbitrada, trilingue e de livre acesso, publicou 53 números ao longo do período abrangido por este relatório. Entre eles, houve edições especiais sobre a prevenção de doenças cardiovasculares e a redução do sal nos alimentos, a equidade nos sistemas de saúde, os sistemas reguladores de medicamentos, a tuberculose, a mudança climática, a nutrição, a economia do controle do tabagismo, o HIV, o chikungunya e a reforma do sistema de saúde no Equador. A *Revista* adotou uma política de “livre acesso” e um processo de

publicação contínua, os quais ajudam a acelerar a divulgação de novos artigos à medida que são aprovados.

73. Durante o período, foram designados 58 novos centros colaboradores da OPAS/OMS nas Américas, trazendo o número de centros colaboradores ativos na Região para 182, entre os mais de 800 centros em nível mundial. Os centros colaboradores são institutos de pesquisa, departamentos universitários, laboratórios e outras organizações e entidades que executam atividades com o propósito de apoiar os programas da OPAS/OMS em uma variada gama de áreas. Essas áreas compreendem desde os recursos humanos e tecnologias em saúde até as doenças transmissíveis e não transmissíveis, a nutrição e a saúde mental.

74. A RSPA continuou a prestar cooperação técnica de acordo com a *Política de pesquisa para a saúde* (documento [CD49/10](#), aprovada em 2009) e a [estratégia da OMS sobre a pesquisa em saúde](#) (aprovada em 2010). As iniciativas de pesquisa ganharam impulso durante o período em análise, à medida que países e entidades sub-regionais elaboraram políticas e agendas de pesquisa. A OMS inaugurou o Observatório Mundial de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde, foram publicadas análises dos resultados e capacidades de pesquisa e houve um aumento do número de pesquisas registradas. Atualmente, esse registro é exigido por nove países (Bolívia, Brasil, Colômbia, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Panamá, Peru e Uruguai); cinco países (Argentina, Brasil, Cuba, Estados Unidos e Peru,) disponibilizam registros acessíveis ao público. O centro Cochrane do Caribe abriu suas portas em 2013 para apoiar o uso e a execução de revisões sistemáticas relacionadas com a saúde pública. A competitividade das pesquisas vem melhorando com os programas de capacitação de instrutores oferecidos na América Latina e Caribe. As parcerias com autoridades de saúde, a comunidade acadêmica, as instituições de pesquisa e os patrocinadores permitiram a capacitação de várias equipes da Colômbia e de países membros do SICA e da CARICOM na elaboração de propostas de subvenção e revisão por pares.

75. A RSPA continua avançando na integração da ética no campo da saúde, conforme determinado pelos Estados Membros em 2012 por meio do documento conceitual *Bioética: rumo à integração da ética na saúde* ([CSP28/14, Rev.1](#)). Os sistemas de ética na pesquisa foram reforçados por meio do desenvolvimento, em colaboração com a BIREME, de uma nova versão do ProEthos — um software para melhorar a avaliação ética das pesquisas envolvendo seres humanos —, que facilita os processos de aplicação pelos comitês de ética em nove países da Região (Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá e Peru), bem como a elaboração de estruturas normativas alinhadas com as diretrizes internacionais sobre a ética. Foi institucionalizado o processo de avaliação dos aspectos éticos nas pesquisas respaldadas pela OPAS, e as propostas apresentadas ao Comitê de Análise de Ética da OPAS triplicaram. Foram formuladas orientações éticas em resposta às emergências causadas pelos surtos dos vírus [Ebola](#) e Zika, e a OPAS organizou uma consulta sobre questões éticas e a elaboração de um com orientações sobre as principais questões levantadas pelo surto do Zika ([Zika Ethics Consultation: Ethics Guidance on Key Issues Raised by the](#)

Outbreak), que foi endossada pela revista *The Lancet* e [incorporada à cooperação técnica da Organização](#). A integração da ética na saúde pública foi reforçada por meio da produção de um relatório sobre como tomar decisões justas rumo à cobertura universal de saúde ([Making Fair Choices](#)), que orienta sobre a questão da definição de prioridades éticas enquanto se avança rumo à saúde universal. Além disso, a RSPA preparou material didático sobre a saúde pública e ofereceu capacitação sobre ética na saúde pública a funcionários de ministérios da saúde de oito países latino-americanos (Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Equador, Peru e Porto Rico) e aos médicos-chefes do Caribe.

76. A RSPA continuou a apoiar as pesquisas sobre políticas e sistemas de saúde, inclusive as pesquisas relacionadas com a implementação. A iniciativa de melhoria da implementação de programas mediante a pesquisa integrada, apoiada pela Aliança da OMS para a Pesquisa em Políticas e Sistemas de Saúde, identificou os benefícios extraídos pesquisa sobre a implementação de programas em 10 países (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, México, Panamá, Peru, República Dominicana e Santa Lúcia). As prioridades nacionais de pesquisa foram estabelecidas e estão sendo executadas sob diferentes formas no Brasil, Equador, Guiana, Honduras, Panamá, Peru, República Dominicana e em 18 países e territórios do Caribe.⁹ A coordenação da pesquisa e das evidências sobre o surto do vírus Zika facilitou uma agenda regional de pesquisa, a harmonização das normas para pesquisa e o apoio à realização de pesquisas entre os países. Houve melhorias significativas na institucionalização dos mecanismos padronizados para a geração e uso de evidências de pesquisas nos Estados Membros. O Brasil, Chile, Colômbia, El Salvador, Equador, México, Panamá, Peru, República Dominicana e Trinidad e Tobago estão incorporando o enfoque recomendado pela OPAS/OMS para formular diretrizes de alta qualidade. A Argentina, Brasil, Chile, Colômbia e México estabeleceram mecanismos de resposta rápida baseados em evidências para respaldar a tomada de decisões. No âmbito sub-regional, foi elaborado um roteiro sub-regional do Caribe, e um grupo de trabalho técnico dos países do Caribe foi estabelecido para integrar mecanismos para a avaliação das tecnologias em saúde, a seleção de medicamentos e a formulação de diretrizes.

⁹ Anguilla, Antígua e Barbuda, Barbados, Belize, Bermuda, Bahamas, Dominica, Granada, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, Ilhas Turcas e Caicos, Jamaica, Montserrat, Santa Lúcia, São Cristóvão e Névis, São Vicente e Granadinas, Suriname e Trinidad e Tobago.

2. RESPONDER A DESASTRES E EMERGÊNCIAS DE SAÚDE E FORTALECER AS CAPACIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PÚBLICA EM CONFORMIDADE COM O REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL

77. A OPAS continuou sua longa trajetória de cooperação técnica com os países para a prevenção, a preparação e a resposta a emergências e desastres naturais e produzidos pelo homem. Além disso colaborou com os Estados Membros no fortalecimento das capacidades básicas para a implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) e a detecção de surtos de doenças e respectiva resposta.

Reforço da resposta a emergências e desastres naturais e produzidos pelo homem

78. A RSPA tomou várias medidas para melhorar sua cooperação técnica na preparação para situações de emergência e assistência em caso de desastres, como:

- a) A revisão de seu enfoque estratégico para abranger três linhas principais de trabalho: *a)* a melhoria da capacidade dos Estados Membros para oferecer uma resposta oportuna e apropriada aos desastres, às emergências complexas e a outras crises; *b)* o fortalecimento da capacidade dos sistemas nacionais de saúde quanto à preparação para situações de emergências e à redução dos riscos de desastres e *c)* o aumento da eficácia da OPAS e do Grupo de Ação Sanitária da ONU na resposta aos desastres;
- b) O estabelecimento de um novo Centro de Operações de Emergência, em sua sede, em Washington, D.C., e adoção de novas políticas e procedimentos para melhorar a cooperação durante operações de resposta a emergências;
- c) A capacitação dos membros atuais e novos da equipe regional de resposta a desastres para ampliar a capacidade de resposta acelerada.

79. Durante o período, a cooperação técnica sub-regional da OPAS nessa área contribuiu para avanços nas sub-regiões, como:

Sub-região andina

- a) A elaboração do Plano Estratégico Andino para Gestão dos Riscos de Desastres no Setor da Saúde 2013-2017, aprovado pelo ministro da saúde da sub-região andina, e a tradução de suas linhas estratégicas em ações; esta última ação foi realizado em colaboração com os ministérios da saúde da Bolívia, Chile, Colômbia, Equador e Peru, e abrangeu a formulação de planos de emergência transfronteiriços;

- b) A formulação de um guia sobre ajuda humanitária entre os países andinos, aprovado pelo Comitê Andino para Prevenção de Desastres e Assistência (CAPRADE) e serviu como referência técnica para um guia semelhante aos países do Mercosul.

América Central

- c) A criação da Comissão Técnica para Gestão de Riscos em Saúde da América Central e República Dominicana, em colaboração com os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC, na sigla em inglês), como um organismo assessor do COMISCA para monitorar a preparação, a resposta e a cooperação em caso de desastres;
- d) A elaboração do *Plano Centro-Americano de Gestão Integral de Riscos de Desastres e Emergências de Saúde Pública 2013-2018*, aprovado pelo COMISCA.

Caribe

- e) A ampliação da iniciativa Hospitais Seguros na sub-região e o início da implementação da iniciativa Hospitais Inteligentes, em parceria com o Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional (DFID, na sigla em inglês);
- f) O fortalecimento institucional do Grupo de Parceiros de Desenvolvimento do Caribe Oriental sobre a Gestão de Desastres, que facilita a coordenação da assistência externa aos países do Caribe Oriental afetados por grandes desastres;
- g) A finalização da *Estratégia Integral de Gestão de Desastres e Estrutura de Resultados 2014-2024* para os Estados Membros da CARICOM;
- h) O estabelecimento de uma nova equipe de avaliação e coordenação para desastres na CARICOM, que oferece maior apoio aos países durante emergências e coordena melhor a avaliação dos danos e a análise das necessidades.

A iniciativa Hospitais Seguros leva à iniciativa Hospitais Inteligentes

Hospitais Seguros

A OPAS continuou a promover a redução dos riscos no setor da saúde por meio da iniciativa Hospitais Seguros e do Índice de Segurança Hospitalar (ISH), uma ferramenta que avalia a probabilidade de um estabelecimento de saúde continuar a operar em situações de emergência. A iniciativa Hospitais Seguros foi implementada pela primeira vez no Caribe, em 2004, e foi incluída posteriormente nos planos estratégicos da Reunião de Ministros da Saúde da Área Andina (REMSAA), do Organismo Andino de Saúde – Convênio Hipólito Unanue (ORAS–CONHU) e do CAPRADE. A Colômbia, Guatemala, México, Peru e República Dominicana avançaram na atualização de seus respectivos códigos de construção, assegurando que todos os hospitais recém-construídos pudessem continuar a operar em caso de desastres, e a Colômbia, México e Peru investiram pesadamente na melhoria da segurança em unidades de saúde novas e já existentes.

A iniciativa influenciou conceitos mundiais com respeito ao funcionamento dos hospitais no caso de desastres, se tornando uma prioridade mundial e sendo implementada em mais de 80 países, em todas as Regiões da OMS. Em muitos países, entretanto, assegurar que todas as novas unidades de saúde estejam seguras em situações de desastre e que os estabelecimentos existentes estejam atualizados continua a ser um desafio, primordialmente devido a limitações financeiras e prioridades concorrentes. A RSPA desenvolveu um painel on-line para monitorar as unidades de saúde planejadas e futuras, e está buscando acordos com instituições financeiras e organismos de desenvolvimento internacionais para incluir os critérios dos hospitais seguros nos instrumentos de financiamento.

Hospitais Inteligentes

Com base na iniciativa Hospitais Seguros, a iniciativa Hospitais Inteligentes foi lançada em 2012, promovendo uma mudança do modelo tradicional de resposta aos desastres de modo a adotar um que buscasse minimizar, proativamente, o impacto dos desastres sobre a saúde por meio da adaptação à mudança climática, medidas de mitigação e preparação; redução da pegada de carbono do setor da saúde (um dos maiores consumidores de energia) e o aumento da resiliência aos desastres.

O financiamento inicial do DFID (de aproximadamente US\$ 11 milhões) apoiou a conversão para hospitais inteligentes em São Cristóvão e Névis e em São Vicente e Granadinas. Os principais resultados da primeira fase da iniciativa foram: um pacote de ferramentas para orientar a aplicação das medidas de mitigação das mudanças climáticas em unidades de saúde existentes; uma análise dos custos e benefícios da conversão de um hospital para que seja “inteligente em relação ao clima” por meio de medidas ecologicamente corretas e resilientes aos efeitos dos desastres; e a implementação de dois locais de demonstração de serviços de saúde inteligentes no Pogson Hospital, em São Cristóvão e Névis, e no Georgetown Hospital, em São Vicente e Granadinas.

A segunda fase do projeto começou em maio de 2015, com o financiamento de aproximadamente US\$ 12,6 milhões para apoiar a conversão para hospitais inteligentes de unidades de saúde em Dominica, Granada, Santa Lúcia e São Vicente e Granadinas. Em setembro de 2015, o Primeiro Ministro do Reino Unido anunciou um financiamento adicional (de aproximadamente US\$ 35 milhões) para estender o projeto a Belize, Guiana e Jamaica e reforçar a ajuda aos países participantes iniciais. Essa segunda fase da iniciativa Hospitais Inteligentes, que vigorará até maio de 2020, abrange a capacitação no uso do ISH e do sistema de classificação de edifícios denominado *Green Checklist*; a avaliação das unidades de saúde para determinar sua segurança e pegada de carbono; e a seleção de unidades para modernização. Ademais, capacitação em planejamento para contingências e nos métodos de resposta eficazes a incidentes futuros está sendo oferecida a coordenadores de desastres em saúde, funcionários do corpo de bombeiros e outros profissionais afins, com o objetivo de assegurar que cada unidade participante formule e mantenha um plano de contingência abrangente. A meta do projeto é tornar 50 unidades de saúde nesses países mais seguras e mais ecológicas até 2020. Além disso, avaliará um total de 600 unidades para documentar, em uma base de dados on-line, suas necessidades de melhorias futuras.

A RSPA formou uma parceria com a Organização dos Estados do Caribe Oriental (OECS) para realizar estudos sobre conhecimento, comportamentos e práticas, e oferecer formação em conservação a funcionários de unidades de saúde em Dominica, Granada, Santa Lúcia e São Vicente e Granadinas, visando aumentar a consciência e influenciar a mudança de

comportamento para a redução do consumo de energia e água. Reuniões nacionais com múltiplos interessados diretos foram realizadas em Belize, Guiana e Jamaica, com o propósito de incitar o envolvimento de ministérios da saúde, obras públicas, planejamento, energia e finanças, e uma reunião pública foi organizada em São Vicente e Granadinas para promover a participação das comunidades.

A iniciativa Hospitais Inteligentes está ajudando a aumentar a consciência nacional sobre a adaptação à mudança climática e mitigação e a promover intervenções práticas nessa área, além de haver estimulado o interesse e a participação para além do setor da saúde. Vários países vêm promovendo o conceito de que os projetos de infraestrutura sejam “inteligentes” entre os parceiros de desenvolvimento e adaptando-o a “comunidades inteligentes”, “escolas inteligentes” e “hotéis inteligentes”.

80. A cooperação técnica da OPAS com os Estados Membros para as diferentes emergências de saúde importantes abrangeu, entre outras coisas, a resposta aos seguintes incidentes:

- a) As chuvas graves e ventos fortes devido a um sistema de baixa pressão que repercutiu na Dominica, em Santa Lúcia e em São Vicente e Granadinas, em dezembro de 2013. As chamadas “tormentas de Natal” custaram ao setor da saúde em São Vicente e Granadinas cerca de US\$ 2,1 milhões, tendo danificado gravemente o Milton Cato Memorial Hospital, o único hospital de referência do país, e inundado muitos dos 39 centros de saúde distritais.
- b) A tempestade tropical Erika, que causou inundações graves e generalizadas, além de danos extensos na Dominica, em agosto de 2015. A Repartição mobilizou rapidamente sua equipe regional de resposta a desastres para auxiliar as autoridades nacionais na coordenação da emergência, avaliação de danos, vigilância de doenças e controle e prevenção de vetores. A RSPA mobilizou recursos financeiros internos e externos a fim de adquirir medicamentos e provisões essenciais para os serviços de atenção à saúde, permitir o acesso a água potável e a saneamento, e reduzir os riscos para a saúde ambiental.
- c) O Furacão Joaquin, que repercutiu intensamente em seis ilhas das Bahamas, em outubro de 2015. Novamente, a Repartição mobilizou sua equipe regional de resposta a desastres para ajudar na avaliação do impacto do furacão, na identificação de intervenções prioritárias e na administração e coordenação das provisões. A RSPA doou insumos essenciais para facilitar a comunicação em terra, a continuidade dos serviços de saúde, as intervenções de emergência relacionadas com a água e o saneamento, e o controle de vetores.
- d) O Furacão Matthew, o mais grave dos diversos furacões que atingiram o Caribe durante a temporada de furacões no Atlântico de 2016. Na categoria 5 de tempestade, o Matthew afetou centenas de milhares de pessoas no final de setembro e início de outubro, principalmente nas Bahamas, Cuba, Haiti e República Dominicana. A OPAS captou recursos que permitiram a mobilização de 80 especialistas, inclusive da Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos

- (GOARN, na sigla em inglês), para ajudar na logística; na coordenação das equipes médicas de emergência; na avaliação de danos e análise das necessidades; na água, saneamento e higiene; e na coordenação da resposta sanitária. Esses esforços asseguraram o abastecimento de água potável, a distribuição de equipamentos e provisões essenciais, a capacidade de vigilância epidemiológica e serviços médicos ininterruptos nas zonas afetadas. No Haiti, onde o Matthew afetou mais de 2 milhões de pessoas direta ou indiretamente, a Repartição mobilizou mais de US\$ 1,6 milhão para ajudar autoridades locais e nacionais em seus esforços de resposta e recuperação. A RSPA apoiou a disponibilização de mais de 1,5 milhão de doses de vacina oral anticolérica, bem como sua distribuição e administração a mais de 800.000 pessoas nos departamentos de Grand'Anse e Sud, os mais afetados.
- e) Um incêndio tóxico no Paraguai, em outubro de 2015. A Repartição contribuiu para uma avaliação preliminar dos riscos para a saúde pública, como parte de uma equipe multi-institucional conjunta da qual participaram entidades governamentais paraguaias, o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA, na sigla em inglês), a Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (CETESB) e as secretarias das convenções ambientais da Basileia, Roterdã e Estocolmo. A RSPA entregou um relatório de avaliação rápida, que indicava uma grande possibilidade de exposição a dioxinas, e recomendou uma série de medidas de acompanhamento, as quais foram incorporadas a uma proposta de financiamento da Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial.
- f) Um episódio prolongado de seca na Guatemala, do fim de 2013 até março de 2016. Esse evento levou a grandes perdas de colheitas e precipitou uma crise de alimentos e nutrição, com taxas mais altas de desnutrição aguda nos grupos mais vulneráveis — crianças menores de 5 anos e gestantes. A Repartição canalizou mais de US\$ 1,6 milhão do Fundo Central de Resposta a Emergências das Nações Unidas e da Direção-Geral da Proteção Civil e das Operações de Ajuda Humanitária Europeias, para executar intervenções que salvam vidas e ações preventivas para proteger as necessidades de saúde e nutricionais dos grupos vulneráveis. A Repartição também apoiou os esforços de coordenação e preparação do Ministério da Saúde e de outros parceiros por meio da capacitação de profissionais de saúde em protocolos de detecção e tratamento de desnutrição moderada e aguda grave, infecções respiratórias agudas e doenças transmitidas por alimentos; da definição de equipes de saúde móveis; da aquisição de provisões essenciais para a saúde; do monitoramento e documentação de dados de saúde; da execução de campanhas de imunização e da implementação de medidas protetoras para as mulheres durante a gravidez e a lactância.
- g) Um terremoto de magnitude 7,8 que atingiu o Equador em abril de 2016. Em menos de 24 horas, técnicos da sede da OPAS e de outras representações da

OPAS/OMS nos países foram mobilizados e enviados ao país; esses técnicos auxiliaram no uso do Sistema de Apoio Logístico/Sistema de Gerenciamento de Provisões Humanitárias da RSPA (LSS/SUMA, na sigla em inglês), com o objetivo de registrar e coordenar fluxo de medicamentos e provisões médicas. O Ministério de Saúde Pública do Equador utilizou as novas normas mínimas e os mecanismos de coordenação mínimos das equipes médicas de emergência da OPAS/OMS para mobilizar 28 equipes nacionais e 5 equipes internacionais (da Alemanha, Colômbia, Espanha, Estados Unidos e Peru), tornando o Equador o primeiro país da Região a pôr as normas em prática.

- h) A inundação provocada pelo El Ni o, no Peru, que começou em fevereiro de 2017, afetando mais de 1,2 milhão de pessoas. A inunda o resultou no colapso de nove serviços de saúde, afetou outros 300, e levou ao recrudescimento dos casos notificados de leptospirose, dengue, Zika e chikungunya, entre outras doenças. A RSPA mobilizou especialistas nacionais e internacionais para auxiliar nas opera es de campo e aumentar a capacidade nacional de resposta acelerada nas áreas de coordena o, serviços de saúde, água e saneamento, epidemiologia, saúde mental e vigilância de doenças infecciosas nas áreas mais afetadas.

81. Somente no ano de 2014, a Reparti o mobilizou mais de US\$ 8,6 milhões em assistência humanitária para atender as necessidades de saúde das pessoas afetadas pelas inunda es na Bolívia e no Paraguai, pelas crises alimentares na Guatemala e em Honduras, e pelas “tormentas de Natal” no Caribe Oriental.

82. Segundo as estimativas para 2015, quase 64 milhões de pessoas nas Américas viviam fora de seus países de origem, 36% a mais do que em 2000. Com o objetivo de abordar os impactos da migra o irregular sobre a saúde, a Reparti o apoiou diversos Estados Membros que tiveram fluxos migratórios inesperados ou popula es deslocadas internamente durante o período em análise.

- a) A RSPA continuou a apoiar a Colômbia para fazer face às necessidades de saúde das popula es deslocadas internamente e ajudou o país a enfrentar um fluxo maciço de imigrantes venezuelanos e a volta de expatriados colombianos que viviam na Venezuela.
- b) Na Costa Rica, a RSPA mobilizou recursos para a coordena o das iniciativas de resposta para fazer face às necessidades de milhares de cidadãos cubanos presos nos distritos da fronteira norte enquanto viajavam rumo aos Estados Unidos. Entre outras atividades, foram mobilizados pessoal da representa o da OPAS/OMS na Costa Rica e a Equipe Regional de Resposta a Desastres para equipar e administrar os abrigos e ajudar o Ministério da Saúde nas suas atividades de apoio psicossocial aos migrantes.
- c) No Haiti, a RSPA auxiliou o governo durante uma repatri o em massa dos haitianos que viviam na República Dominicana. Com apoio financeiro do Canadá, a RSPA associou-se com o Ministério de Saúde Pública e Popula o do Haiti para

estabelecer um posto de saúde avançado e reforçar o acesso à atenção à saúde em centros fronteiriços existentes; ampliar a vigilância epidemiológica e o tratamento da diarreia e obter kits de saúde de emergência e suplementares.

Implementação do Regulamento Sanitário Internacional e o combate aos vírus emergentes

83. Seis dos 35 Estados Partes do RSI nas Américas — Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica e Estados Unidos — determinaram que suas capacidades básicas para vigilância e resposta, inclusive nos pontos de entrada designados, estavam estabelecidas dentro do prazo-limite de junho de 2012, estabelecido no RSI. Os outros 29 Estados Partes obtiveram prorrogações, e a OPAS prestou cooperação técnica para formular e implementar planos de ação nacionais.

84. Em 2016, pela primeira vez, todos os Estados Partes nas Américas apresentaram seus relatórios de progresso sobre o RSI à 69^a Assembleia Mundial da Saúde, o que significa uma melhora considerável da taxa de resposta de 51% em 2011, quando os Relatórios Anuais dos Estados Partes foram instituídos em seu formato atual. Os relatórios anuais dos Estados Partes do RSI da Região das Américas correspondentes a 2016 apresentados à 70^a Assembleia Mundial da Saúde, em 2017,¹⁰ continuam a mostrar bastante heterogeneidade quanto à situação das capacidades básicas. Houve avanços nas 13 capacidades básicas exigidas pelo Regulamento, especialmente as relacionadas com os pontos de entrada designados, os laboratórios, a vigilância e a gestão de incidentes zoonóticos e de inocuidade dos alimentos. No entanto, permanecem lacunas cruciais nas áreas de recursos humanos e na gestão de incidentes químicos e emergências radiológicas.

85. Em agosto de 2016, os Estados Membros da OPAS participaram da consulta regional formal sobre o *Projeto do plano mundial de implementação das recomendações da comissão de avaliação sobre a função do Regulamento Sanitário Internacional (2005) no surto de Ebola e respectiva resposta*. As recomendações decorrentes da consulta indicaram que a RSPA deve concentrar-se na implementação do RSI em e não em avaliações; que a estrutura heterogênea de monitoramento das capacidades básicas do RSI deve ser adotada pela Assembleia Mundial da Saúde em conformidade com o artigo 54 do RSI e que as lacunas conceituais e institucionais entre o RSI e os sistemas de saúde dos países devem ser eliminadas nos diferentes níveis. Em setembro de 2016, o 55^o Conselho Diretor endossou as recomendações e conclusões por meio da decisão [CD55\(D5\)](#) (em inglês) e, em maio de 2017, a 70^a Assembleia Mundial da Saúde aceitou o plano mundial de implementação do RSI (2005) (documento [A70/16](#), em inglês). Esse plano mundial tem como objetivo, entre outros, aprimorar o monitoramento, a avaliação e a notificação das capacidades básicas, em consonância com o RSI. Em preparação para o lançamento da estrutura heterogênea de monitoramento das capacidades básicas do RSI, Belize, Estados Unidos e Haiti receberam missões conjuntas de avaliação externa. O

¹⁰ O relatório pode ser consultado, em inglês, em <http://bit.ly/2r5Vwej>. Região das Américas, páginas 3 e 4.

principal objetivo dessas missões é avaliar as capacidades do país anfitrião em 19 áreas técnicas, com o fim de fornecer dados de referência para o monitoramento do progresso na reforma e a melhoria da segurança da saúde pública.

Reforço da vigilância e capacidade laboratorial

86. A vigilância da gripe continuou a melhorar com a implementação de um sistema de vigilância da síndrome respiratória aguda grave (SRAG) em hospitais nacionais selecionados em vários Estados Membros. O sistema foi implementado de acordo com orientações elaboradas após a pandemia de H1N1 de 2009, e contém atualizações alinhadas com as recomendações constantes das normas mundiais da OMS para a vigilância da gripe. Atualmente, a Região das Américas dispõe de forte capacidade de diagnóstico para a detecção da gripe, com 28 centros nacionais de gripe e um centro colaborador da OMS. No momento, quase todos os países das Américas contam com sistemas de vigilância da SRAG ou de vigilância da gripe nos hospitais, e 17 países¹¹ fazem essa vigilância de maneira sistemática, conforme mostram as medições dos dados da SRAG notificados semanais à OPAS. Além disso, os centros nacionais da gripe de toda a Região compilam, analisam e disseminam dados virológicos semanais não apenas para vigiar os vírus sazonais da gripe e os vírus com potencial pandêmico, mas também para contribuir para a seleção de estirpes vacinais em nível mundial. A fim de integrar os dados laboratoriais e epidemiológicos nos países, a OPAS desenvolveu um sistema de informação, o “PAHOflu”, que foi implantado em vários países. Em 2017, 11 países¹² vêm notificando habitualmente, à OPAS, dados integrados de vigilância epidemiológica e laboratorial.

87. Diversos países da Região participam de um sistema de vigilância da resistência aos antimicrobianos baseada em dados correntes de laboratórios microbiológicos. Barbados, Equador, Guatemala, Panamá e Paraguai fortaleceram sua capacidade de identificação, investigação e resposta aos surtos vinculados à atenção à saúde. A difusão das normas de microbiologia contribuiu para a padronização e acordo sobre os procedimentos para a Rede Latino-Americana de Vigilância da Resistência Antimicrobiana. A Rede, lançada pela OPAS em 1996, conta com um programa de garantia da qualidade coordenado pelo Instituto Malbrán da Argentina.

88. A cooperação técnica da RSPA também contribuiu para:

- a) O aperfeiçoamento da capacidade dos centros de informação e laboratórios para fazer testes em tempo real da reação em cadeia da polimerase (PCR, na sigla em inglês) e de imunofluorescência para a gripe e outros vírus respiratórios, e a manutenção de materiais essenciais para o diagnóstico laboratorial da meningite

¹¹ Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Estados Unidos, Honduras, Jamaica, México, Paraguai, Santa Lúcia, Suriname e Uruguai.

¹² Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Estados Unidos, México, Paraguai e Suriname.

- bacteriana e pneumonia nos países e na Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA, na sigla em inglês);
- b) A inspeção de laboratórios no Brasil (Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde), na Colômbia (Instituto Nacional de Vigilância de Medicamentos e Alimentos) e no México (Comissão de Controle Analítico e Ampliação de Cobertura);
 - c) A implementação da décima fase do programa de controle de qualidade externo da OPAS para os laboratórios oficiais de controle de medicamentos em 23 países, em colaboração com a Farmacopeia dos Estados Unidos e com a participação dos laboratórios nacionais oficiais de controle de qualidade de medicamentos;
 - d) A elaboração de um guia baseado no processo gradual de melhoria para fortalecer os sistemas de gestão de qualidade de laboratórios no Caribe, em consulta com especialistas da área de saúde de países e territórios da sub-região; profissionais de países caribenhos foram capacitados em gestão dos riscos biológicos e receberam certificação no transporte seguro de amostras infecciosas.

89. A RSPA desempenhou uma importante função nos preparativos para os eventos com grandes aglomerações na Região, em 2016. A Repartição empreendeu atividades de cooperação técnica com o Brasil para a gestão de informações, operações de alerta e resposta e comando e controle por níveis-chave do governo, no contexto do surto do Zika e dos preparativos da saúde pública para os Jogos Olímpicos de 2016, no Rio de Janeiro. Em colaboração com especialistas do Brasil e da Repartição, o Peru fez avaliações de risco conjuntas em grandes eventos em preparação para a 24^a Reunião de Cúpula da APEC (Cooperação Econômica da Ásia e do Pacífico), em Lima, em novembro de 2016.

Abordagem dos vírus emergentes

90. O vírus da chikungunya, que surgiu pela primeira vez nas Américas no final de 2013, foi se propagando por todo o Caribe e além, com 40 países e territórios notificando a transmissão local do vírus até meados de 2015. Em colaboração com os CDC dos Estados Unidos e o Serviço de Saúde Militar Francês, a RSPA desenvolveu e testou ferramentas para caracterização dos casos e classificação das mortes pelo chikungunya, além de melhorar a gestão de casos para a febre chikungunya aguda e crônica. Foram estabelecidos mecanismos para compartilhar amostras de laboratório foram fornecidos aos países reativos laboratoriais e painéis de controle de qualidade para o diagnóstico da doença. A Repartição também publicou atualizações epidemiológicas semanais sobre a propagação da doença.

91. A importância de alcançar e manter as capacidades básicas no âmbito nacional, conforme requisitado pelo RSI (2005), tornou-se ainda mais aparente após a propagação exponencial da doença pelo vírus Ebola (DVE), na África Ocidental, durante a segunda metade de 2014. A Repartição trabalhou proativamente com seus Estados Membros para conscientizar e intensificar a preparação para uma possível entrada do vírus nas

Américas. Em outubro de 2014, após os Estados Unidos confirmarem seu primeiro caso importado da doença do Ebola, a Diretora ativou o Centro de Operações de Emergência da RSPA e iniciou a primeira implementação formal do Sistema de Gestão de Incidentes (SGI). A Diretora também estabeleceu um grupo de trabalho para avaliar o risco da DVE nas Américas, o que resultou em uma estrutura para intensificar a preparação nacional para essa doença nas Américas. A RSPA trabalhou com mais de 26 países na atualização dos planos do RSI nacionais no contexto dessa estrutura. A Repartição mobilizou missões conjuntas aos países, formada por especialistas da própria RSPA, da CARPHA, do escritório dos CDC no Caribe e da Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos (GOARN).

92. As missões de especialistas da OPAS identificaram várias lacunas com relação à preparação dos Estados Membros para uma possível entrada do vírus Ebola:

- a) A confiança excessiva na triagem, nos portos de entrada, para detecção de casos, com menos ênfase nos serviços de saúde, onde mais provavelmente apareceria um primeiro caso;
- b) A coordenação inadequada da capacidade epidemiológica e dos serviços de saúde, com ênfase insuficiente na detecção de incidentes de saúde atípicos e no uso conjunto de informações clínicas e epidemiológicas;
- c) A fragmentação dos serviços de saúde, desde a detecção até o tratamento para desinfecção;
- d) As grandes dificuldades para a remessa de amostras aos laboratórios de nível 4 de biossegurança, para confirmação da infecção da DVE;
- e) O número limitado de pessoas treinadas para formar o quadro de pessoal designado para áreas de isolamento, com inadequação da infraestrutura de hospitais e da prevenção de infecções e dos programas de controle, em alguns países;
- f) A insuficiência dos equipamentos de proteção individual (EPI).

93. A Repartição prestou cooperação técnica na implementação das recomendações das missões com especialistas e na análise das necessidades futuras dos países. Outro auxílio à preparação para a doença do Ebola foi o estabelecimento de um estoque regional de EPI e capacitação em administração clínica da DVE, comunicação de riscos, prevenção e controle de infecções e diagnóstico laboratorial e biossegurança.

94. A RSPA também se associou com a OEA, o BID, a unidade regional do Banco Mundial para a América Latina e o Caribe e com o Banco de Desenvolvimento da América Latina objetivando criar mecanismos financeiros para fortalecer as capacidades de preparação e resposta dos países frente a surtos de doenças epidêmicas emergentes, em linha com os requisitos do RSI. O BID, a CARPHA e a OPAS desenvolveram um projeto para intensificação da preparação para a doença do Ebola nos países do Caribe. Além de

seu trabalho na Região, a Repartição também apoiou a resposta ao Ebola em países da África Ocidental afetados, por meio do envio de pessoal para essas áreas e da assistência aos Estados Membros com a mobilização de seus cidadãos.

95. As capacidades de resposta de emergência e de cooperação técnica da OPAS foram testadas mais uma vez, em maio de 2015, quando o Brasil confirmou a primeira transmissão local nas Américas do vírus Zika, um arbovírus cujos sintomas são semelhantes aos da chikungunya e da dengue. Esse vírus foi detectado pela primeira vez no continente americano na Ilha de Páscoa, Chile, em fevereiro do 2014, coincidindo com uma série de surtos confirmados nas ilhas da Polinésia Francesa e em outros lugares no Pacífico. A notificação imediata do Chile à RSPA sobre a presença do vírus Zika, de acordo com o RSI, pôs a Repartição em alerta para uma possível introdução do vírus na América continental.

Marcos na epidemia do vírus Zika nas Américas

- *Fevereiro de 2015*: o Brasil responde à solicitação da RSPA de informações sobre grupos de casos apresentando febre, dores musculares e nas articulações, erupções cutâneas e cefaleia no estado do Maranhão, no Nordeste.
- *Maio de 2015*: a OPAS expede seu primeiro alerta epidemiológico referente ao vírus Zika, em que oferece informações sobre a infecção, testes laboratoriais, administração de casos e medidas de prevenção e controle.
- *Julho de 2015*: detecção da ampla circulação do vírus Zika no estado da Bahia, Brasil, com incidência crescente de anomalias neurológicas, inclusive da síndrome de Guillain-Barré (SGB).
- *Agosto de 2015*: relatórios de clínicos sobre um aumento da microcefalia entre recém-nascidos em outros três estados do Nordeste do Brasil — Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte.
- *Outubro de 2015*: confirmação de um número 70 vezes maior de casos detectados de microcefalia em Pernambuco, com muitas mães relatando erupção cutânea febril durante a gravidez.
- *Novembro de 2015*: a Repartição mobiliza uma equipe de especialistas da GOARN para o Brasil.
- *Fim de dezembro de 2015*: a circulação local do vírus Zika é notificada por 11 países e territórios nas Américas, desde o Brasil, ao sul, até Porto Rico, ao norte.
- *Dezembro de 2015*: a Diretora ativa formalmente o Sistema de Gerenciamento de Incidentes sobre o vírus Zika, permitindo acesso ao Fundo de Emergência para Epidemias da OPAS e a rápida mobilização de mais recursos humanos e financeiros para coordenar a resposta regional ao vírus Zika. Entre as ações, destacam-se:
 - A compra de materiais e provisões, inclusive imunoglobulina para o tratamento de pacientes com SGB e inseticidas pré-aprovados segundo o programa de avaliação de pesticidas da OMS;
 - A mobilização de missões multidisciplinares de especialistas para os países e territórios, enfocando os países-chave e outros países prioritários;
 - A capacitação nos países em todos os aspectos fundamentais para que haja uma resposta eficaz;
 - A elaboração ou atualização de documentos de orientação técnica, em coordenação com a OMS;
 - A convocação de seminários e consultas de especialistas regionais e sub-regionais,

inclusive a primeira discussão mundial sobre uma agenda de pesquisas para o vírus Zika, que reuniu representantes de organizações parceiras, como os CDC dos Estados Unidos, a Rede Internacional do Instituto Pasteur e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Brasil.

- *Janeiro de 2016*: a Repartição convoca especialistas internos e externos para formular diretrizes para o diagnóstico e a vigilância da microcefalia, bem como para a assistência às gestantes expostas ao vírus Zika e aos recém-nascidos com microcefalia e síndrome congênita do Zika (SCZ). A RSPA coordena com a Secretaria da OMS a elaboração de critérios para o diagnóstico antecipado de microcefalia/SCZ, por meio de ultrassom.
- *Fevereiro de 2016*: a OMS convoca uma reunião do Comitê de Emergência do RSI, a qual conclui que os grupos de microcefalia relacionados com o Zika cumprem os critérios do RSI de declaração de emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII). A Diretora-Geral da OMS declara formalmente a ESPII e exige coordenação e colaboração internacional urgente para enfrentar a doença.
- *Março de 2016*: primeira reunião do novo Grupo Técnico Assessor sobre Entomologia em Saúde Pública, constituído pela Diretora da RSPA, com o objetivo de abordar a questão crucial do controle de vetores. Os participantes foram a OMS, a Fiocruz, os CDC dos Estados Unidos, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID, na sigla em inglês), a Monash University (Austrália), e o Escritório da Casa Branca para Políticas de Ciência e Tecnologia da (Estados Unidos). Entre outras recomendações, o grupo enfatiza a necessidade de ação intersetorial mais intensa, sobretudo por meio de parcerias com comunidades e setores produtivos pertinentes, a fim de desenvolver, implementar e sustentar intervenções economicamente viáveis e eficazes para a redução da população de mosquitos.
- *Março de 2016*: a Repartição organiza uma reunião intitulada “Rumo à elaboração de uma agenda de pesquisa para caracterizar o surto do vírus Zika e suas implicações para a saúde pública nas Américas”, em Washington, D.C.
- *Abril de 2016*: com o financiamento do Wellcome Trust, a Repartição convoca uma consulta internacional sobre o Zika e a ética, envolvendo especialistas em assuntos éticos e outros profissionais de ministérios da saúde, da OPAS e da OMS. Entre as recomendações, destacam-se o acesso de todas as mulheres a informações e serviços abrangentes sobre saúde sexual e reprodutiva; a prestação de informações completas, exatas e atualizadas sobre o vírus Zika e a SZC; e o oferecimento de apoio social adequado às decisões reprodutivas das mulheres relacionadas com a infecção pelo vírus Zika e com a SZC.
- *Junho de 2016*: em meio à preocupação crescente com os riscos causados pelo surto do Zika entre os atletas e outras pessoas que compareceriam aos Jogos Olímpicos de agosto de 2016, no Rio de Janeiro, Brasil, a Repartição fornece informações e análise para consideração na reunião de junho de 2016 do Comitê de Emergências do RSI. O relatório da Repartição, juntamente com informações fornecidas pelo Brasil, analisa as tendências epidemiológicas e demonstra uma diminuição na incidência das infecções pelo vírus Zika. O Comitê de Emergências do RSI conclui que a sua recomendação anterior contra a imposição de restrições a viagens e ao comércio continuava válida.
- *Julho de 2016*: Quinze países e territórios das Américas haviam notificado transtornos neurológicos relacionados com o Zika, e havia relatos de microcefalia ou malformações congênitas que poderiam estar relacionadas com as infecções pelo vírus Zika contraídas localmente no Brasil, Colômbia, El Salvador, Estados Unidos, Guiana Francesa, Martinica, Panamá, Paraguai e Porto Rico.
- *Novembro de 2016*: praticamente toda a Região, com exceção do Uruguai, confirma a transmissão local vetorial do Zika, e cinco países (Argentina, Chile, Canadá, Estados Unidos e Peru) notificam a transmissão não vetorial do Zika, provavelmente por contato sexual.

96. A Repartição tomou outras medidas para formular diretrizes para o apoio psicossocial às gestantes em áreas com a circulação do vírus Zika, e para as transfusões de sangue seguras e a produção de derivados do sangue seguros, no contexto da epidemia do Zika. A RSPA disponibilizou atualizações frequentes sobre a epidemia para os principais interessados diretos nos Estados Membros e para entidades regionais e sub-regionais. Além disso, aproveitando as iniciativas de cooperação técnica anteriores para o fortalecimento dos sistemas de saúde e a preparação para o Ebola, a Repartição criou um novo instrumento de análise para avaliar as capacidades dos países para responder à epidemia do Zika e às complicações da doença. A Repartição também se associou com o Banco Mundial e o BID, visando elaborar uma avaliação combinada com uma ferramenta de cálculo de custos que identificaria as fragilidades nas capacidades de resposta dos sistemas de saúde nacionais e estimaria o custo das intervenções necessárias. A ferramenta foi testada, primeiramente, na Dominica e em Honduras e, desde então, vem sendo aplicada em El Salvador, Granada, Guiana, Haiti, Nicarágua e Panamá, e em dois estados do Brasil.

97. Ao apoiar o Brasil e exercer a coordenação regional para a resposta ao Zika, a Repartição recorreu, intensamente, às parcerias e redes existentes, como a antiga Rede de Laboratórios de Dengue das Américas. Os laboratórios da rede concordaram em expandir seu raio de ação e fazer a vigilância laboratorial integrada de todos os arbovírus. A rede é agora conhecida como Rede de Laboratórios de Diagnóstico de Arbovírus nas Américas.¹³ Outra ajuda crucial para a resposta da Repartição ao Zika veio do Fundo da OPAS de Resposta a Emergências Causadas por Epidemias, do Fundo de Contingência da OMS para Emergências, da Agência de Saúde Pública do Canadá, da Global Affairs Canada, do Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional (DFID), dos CDC dos Estados Unidos, da Fundação Bill e Melinda Gates, do BID, da Noruega (por meio da OMS) e da Espanha (por meio da AECID). Foram mobilizados mais de US\$ 7 milhões, além de missões técnicas de campo com mais de 170 especialistas, para 30 países e territórios a fim de ajudar na resposta dos países ao Zika. Além disso, a USAID forneceu US\$ 7 milhões para a implementação do controle integrado de vetores, enfocando a contribuição para a consecução das metas globais e regionais definidas para o controle, a interrupção e a eliminação das doenças transmitidas por vetores no período 2016-2018.

98. Muitos aspectos da epidemia do Zika reforçaram várias das prioridades e enfoques de cooperação técnica da Repartição, enquanto outros aspectos indicaram a necessidade de mudança de foco e de fortalecimento das ações em certas áreas. A resposta ao Zika demonstrou que os procedimentos e canais estabelecidos como parte do RSI são essenciais e eficazes para o processamento e o intercâmbio de informações referentes a surtos, e que é necessária e justificada a insistência da Repartição em cooperação técnica para adquirir as competências fundamentais do RSI, construir sistemas de saúde fortes e resilientes e avançar rumo ao acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. A resposta também destacou a importância e o valor da

¹³ Informações sobre a rede estão disponíveis, em inglês, em <http://bit.ly/2r8HdYE>.

colaboração e da cooperação transfronteiriças entre países como estratégias para intervenções de detecção e contenção. Por outro lado, ficou evidente que os programas de controle de vetores para limitar a infestação dos mosquitos *Aedes aegypti* na Região devem ser inovadores, abrangentes, intersetoriais, participativos, constantes, além de contar com os recursos adequados. A vigilância integrada, a prevenção e o controle das doenças arbovirais de relevância para a saúde pública são cruciais, particularmente no caso da dengue, febre chikungunya, febre amarela e Zika. Os provedores de serviços de saúde de primeira linha devem manter um índice alto de suspeição e estar alertas para quadros clínicos e casos atípicos, assegurando, assim, a detecção, em tempo hábil, de uma doença emergente. Esses aspectos também devem ser demonstrados em âmbito regional, ao revisar os dados de vigilância baseados nos incidentes e ao responder apropriadamente, mesmo quando faltarem evidências sólidas confirmatórias. Ademais, a comunicação de riscos devidamente adaptada é essencial para transmitir as incertezas de modo a merecer e preservar a confiança do público. Internamente, na Repartição, a colaboração interprogramática e o desenvolvimento de novas sinergias entre os programas técnicos — inclusive os que lidam com a vigilância e o controle de doenças transmissíveis, a preparação e a resposta no caso de desastres, os sistemas e serviços de saúde, e a saúde da mulher e da criança — resultaram em maior eficiência e eficácia na resposta.

99. A grave constatação de que o vírus Zika também poderia ser transmitido sexualmente causou grande preocupação, já que esse modo de transmissão oferece o potencial de ampliar a propagação do vírus, mesmo sem os mosquitos vetores. O Zika permanecerá na agenda de saúde pública regional no futuro próximo, e a OPAS continuará a responder de maneira apropriada e eficaz. A Organização estabeleceu um portal dedicado da OPAS sobre o vírus, com informações para públicos variados,¹⁴ e publicou um documento detalhando uma estratégia para melhorar a capacidade nacional para responder à epidemia do vírus Zika nas Américas.¹⁵

100. Em janeiro de 2017, foi notificado no Sudeste do Brasil um aumento repentino de casos de febre amarela selvática e sua propagação para áreas com baixa cobertura de vacinação. A RSPA intensificou a vigilância epidêmica para casos epizooticos e humanos da febre amarela e ativou centros operacionais de emergência nos âmbitos nacional e regional, em apoio ao Ministério da Saúde do Brasil, para responder ao surto. Posteriormente, a RSPA ativou seu sistema de gestão de incidentes para coordenar sua resposta, e a representação da OPAS/OMS no país, em Brasília, declarou emergência em todo o país. Isso desencadeou a mobilização imediata de especialistas técnicos em diagnóstico laboratorial, tratamento clínico, vigilância epidemiológica e controle de vetores, com a coordenação da RSPA, para apoiar as autoridades nacionais e prestar cooperação técnica direta aos estados afetados pelo surto.

¹⁴ O portal da OPAS sobre o vírus Zika está disponível, em inglês e espanhol, em <http://bit.ly/1NOCAmv>.

¹⁵ O documento estratégico está disponível, em inglês, em <http://bit.ly/2mnUDNR>.

101. A RSPA colaborou com o grupo consultivo técnico e científico da OMS sobre o mapeamento geográfico do risco de febre amarela e com o Grupo Internacional de Coordenação do Fornecimento de Vacinas contra a Febre Amarela, com o intuito de possibilitar campanhas de vacinação em massa direcionadas aos estados afetados e às áreas de risco recém-definidas. A Repartição também auxiliou o Ministério da Saúde do Brasil na atualização do plano de resposta a emergências diante da febre amarela, mediante o uso de doses fracionadas da vacina em situações específicas, de acordo com o recomendado pelo Grupo de Especialistas em Assessoramento Estratégico sobre Imunização da OMS (SAGE, na sigla em inglês); na compra de vacinas e provisões por meio do Fundo Rotativo da OPAS; no reforço da vigilância de incidentes adversos após a imunização e na elaboração de um plano de vacinação abrangente e atualizado que abrangesse a produção da vacina e a comunicação de riscos.

Inovações para a resposta a emergências, desastres e surtos

Assegurar que os sistemas de saúde sejam resilientes

“A resiliência é um atributo de qualquer sistema de saúde que possua bom desempenho e esteja caminhando em direção ao acesso universal à saúde e cobertura universal em saúde.”

Sistemas de saúde resilientes (documento CD55/9, 2016)

102. Os sistemas de saúde resilientes são capazes de absorver os impactos, responder a eles e se recuperar com a prestação dos serviços necessários em tempo hábil. Em tais sistemas, os profissionais de saúde, as instituições e as populações conseguem se preparar para as crises e responder a eles com eficácia; manter as funções essenciais e, graças às lições extraídas, se reorganizar se as condições assim o exigirem. Em reconhecimento da importância dos sistemas de saúde resilientes na preparação de uma resposta eficaz às emergências e aos desastres, e tirando partido de sua cooperação técnica nas áreas de fortalecimento dos sistemas de saúde e saúde universal, a Repartição elaborou uma política sobre os *Sistemas de saúde resilientes* (documento [CD55/9](#)), aprovada pelo 55º Conselho Diretor, em 2016.

103. Essa política afirma que o investimento na resiliência dos sistemas de saúde é consideravelmente mais eficiente em termos de custo do que o financiamento de respostas a emergências e facilitará um enfoque integrado para a cooperação técnica da RSPA nas áreas de preparação para desastres, redução de riscos e respectiva resposta; vigilância de doenças e controle de surtos; e fortalecimento dos sistemas de saúde rumo à saúde universal. Essa política exige ações dentro de uma estrutura mais ampla de desenvolvimento sustentável que fomenta o desenvolvimento humano, a participação social e a estabilidade econômica e social. As áreas-chave para o investimento no aumento da resiliência são o aperfeiçoamento das funções essenciais de saúde pública

(FESP), sobretudo a governança e a regulamentação; a vigilância sanitária e os sistemas de informação em saúde; e a redução e comunicação de riscos.¹⁶

104. Essa política também requer a garantia da capacidade de reserva, com o necessário provimento de profissionais de saúde apropriados, financiamento, medicamentos e tecnologias em saúde, a fim de permitir um rápido incremento dos serviços de saúde durante incidentes de saúde agudos ou contínuos. Os investimentos nos serviços de atenção primária à saúde também são cruciais para assegurar sua disponibilidade universal e sua integração a redes de serviço adaptáveis e receptivas. Um importante componente desses esforços está relacionado com o RSI. A política insta os países a continuarem a intensificar a implementação do RSI, por meio de um processo holístico inserido na formulação e planejamento das políticas nacionais, bem como mediante ação legislativa e estruturas normativas. A implementação do RSI deve incluir melhorias na organização dos serviços de saúde, para permitir a prevenção e o controle de infecções; o fortalecimento das redes de vigilância sanitária e da capacidade laboratorial; e o desenvolvimento das competências da força de trabalho da saúde, nas áreas relativas à respostas a surtos e emergências.

105. No intuito de defender o desenvolvimento contínuo de sistemas de saúde resilientes, a RSPA organizou uma sessão de alto nível sobre os sistemas de saúde resilientes e responsivos durante o 4º Simpósio Global de Pesquisas sobre Sistemas de Saúde, no Canadá, em novembro de 2016.

Avanço da Iniciativa das equipes médicas de emergência

106. A RSPA desenvolveu uma nova plataforma de operações de saúde em caso de emergências (HOPE, na sigla em inglês), para facilitar o registro das equipes internacionais de resposta. Além disso, foram elaborados um guia para uma equipe de assistência médica do Caribe e normas para equipes médicas internacionais de resposta, estas últimas com colaboração com a OMS. Esses mecanismos se destinam a melhorar consideravelmente as respostas dos países e a cooperação internacional para a saúde em caso de desastres, fornecendo critérios comuns para a composição, as habilidades e equipamentos essenciais para as equipes de resposta, além de processos bem definidos para sua mobilização.

107. A Repartição avançou com a implementação da iniciativa das equipes médicas de emergência (EME), com bastante ênfase no fortalecimento das capacidades nacionais. Até meados de 2017, 15 países (Argentina, Bolívia, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Estados Unidos da América, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Peru e Venezuela) estavam adotando a iniciativa como parte de seus sistemas nacionais, assegurando que equipes médicas de emergência pudessem ser requisitadas e mobilizadas no tempo mais hábil possível no país, em países vizinhos ou

¹⁶ O documento da OPAS CD42/15 de 2000, disponível em [inglês](#) e em [espanhol](#), oferece informações sobre as funções essenciais de saúde pública.

internacionalmente. A RSPA formulou uma lista de coordenadores de EME que poderiam ser mobilizados pelos países quando surgisse a necessidade. Em 2016, a RSPA organizou um curso de capacitação regional para coordenadores que atraiu participantes de 12 países.¹⁷ Argentina, Bolívia, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Peru e Venezuela organizaram seminários nacionais sobre EME com apoio da RSPA, enquanto Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador e Peru avançaram no processo de estabelecimento de suas respectivas Células de Informação e Coordenação Médica (CICOM, na sigla em espanhol) e desenvolvimento de suas EME nacionais, em cumprimento das normas internacionais.

108. A Repartição instruiu EME de Barbados, Costa Rica, Equador e Estados Unidos para se prepararem para a qualificação internacional de EME pela OMS. Em fevereiro de 2017, após um rigoroso processo de verificação, uma missão com especialistas internacionais confirmou que a EME do Fundo Costarriquense de Seguridade Social cumpria as normas e os princípios estabelecidos pela OMS e estava pronto para ser enviado internacionalmente para situações de emergência e desastres. A Costa Rica se tornou o primeiro país das Américas a receber a qualificação de EME internacional, durante a 70ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2017. Desde meados de 2017, 29% das inscrições para a qualificação global de EME vieram das Américas.

109. A Repartição apoiou autoridades nacionais no uso das CICOM e na iniciativa das EME para gerenciar as respostas ao Furacão Matthew, no Haiti, e ao Furacão Otto, na Costa Rica, no fim de 2016. Um projeto de declaração sobre as normas mínimas para as EMES, proposto pelo Equador, foi aprovado na 10ª Reunião de Ministros da Saúde do Conselho de Saúde Sul-Americano (CSS) da União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), em março de 2017. Em abril de 2017, foi finalizada a fase beta da plataforma virtual regional das CICOM — uma ferramenta on-line para a gestão de informações e coordenação de EME durante emergências. Essa ferramenta será testada, em âmbito nacional, pelo Ministério da Saúde do Chile, que apoiou o desenvolvimento da plataforma e, em âmbito regional, pela RSPA.

110. Juntamente com a iniciativa das EME, a Repartição apoiou os esforços dos países para intensificar a preparação para todos os riscos. Destaca-se o apoio ao Ministério da Saúde do Peru e ao programa de seguridade nacional EsSalud, com o objetivo de formular planos de preparação e ação para abordar os riscos associados ao El Niño, assim como o primeiro plano de contingência para um cenário grave de terremoto em Lima e Callao. Este último plano foi validado em outubro de 2016 por meio de um exercício de simulação setorial. As diretrizes para emergências químicas, epidemias e crises migratórias foram modificadas pela Repartição e compartilhadas com o Ministério da Saúde da Costa Rica. No Haiti, a Repartição trabalhou estreitamente com os departamentos de Grand'Anse e Nord-Est no estabelecimento de centros de operações de

¹⁷ Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, Panamá, Peru e República Dominicana.

emergência departamentais capazes de responder de forma rápida e eficiente às emergências médicas e de saúde pública.

Melhoria da adequação ao propósito institucional

111. Com base nas avaliações de sua resposta ao surto do vírus Ebola, nas recomendações formuladas e nas lições extraídas, a OMS estabeleceu um novo Programa de Emergências de Saúde em 2016. Nesse mesmo ano, a RSPA reorganizou seu trabalho em emergências para que estivesse funcionalmente alinhado com o programa da OMS, ao mesmo tempo em que manteve as áreas prioritárias de trabalho para a Região das Américas que não estão incluídas no programa mundial. O novo Departamento de Emergências de Saúde da OPAS (PHE) reúne o antigo Departamento de Prontidão para Emergência e Assistência em Caso de Desastres (PED, na sigla em inglês) e a Unidade do Regulamento Sanitário Internacional/Alerta e Resposta a Epidemias e Doenças Transmitidas pela Água (CHA/IR, na sigla em inglês), sob uma estrutura de gestão consolidada subordinada ao Diretor. O PHE continua respondendo plenamente às necessidades dos Estados Membros nas Américas, mediante colaboração e coordenação com o Programa de Emergências de Saúde da OMS conforme apropriado. O PHE aborda cinco áreas técnicas: gestão de riscos infecciosos; preparação para situações de emergência de saúde nos países e o RSI; informações sobre emergências de saúde e avaliação de riscos; operações de emergência e redução dos riscos de desastres e programas especiais.

112. No 55º Conselho Diretor, realizado em 2016, os Estados Membros da OPAS, manifestaram que estavam “profundamente preocupados com as possíveis manifestações graves e sequelas crônicas das novas doenças virais na Região” e aprovaram, em âmbito regional, uma nova *Estratégia regional para a prevenção e controle das arboviroses* (documento [CD55/16](#)). Essa estratégia, que orientará ações da OPAS nessa área, contém quatro linhas de ação:

- a) Promover um enfoque integrado para a prevenção e controle das arboviroses;
- b) Fortalecer a capacidade dos serviços de saúde para o diagnóstico diferencial e manejo clínico das arboviroses;
- c) Avaliar e fortalecer a capacidade dos países para a vigilância e controle integrado dos vetores;
- d) Estabelecer e fortalecer a capacidade técnica da Rede de Laboratórios de Diagnóstico de Arbovírus na Região das Américas (RELDA).

113. O 55º Conselho Diretor também aprovou o *Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021* (documento [CD55/17, Rev. 1](#)), que incorpora o gênero, a equidade, os direitos humanos, a etnia e as deficiências como áreas transversais para atender as necessidades específicas a certos grupos decorrentes de emergências e desastres.

114. O prestigioso Prêmio de Saúde Pública em Memória do Dr. LEE Jong-wook de 2017 foi concedido à Brigada Médica Internacional Henry Reeve de Cuba, na 70ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2017, em reconhecimento de sua assistência médica de emergência a mais de 3,5 milhões de pessoas em 21 países afetados por desastres e epidemias desde a fundação da Brigada, em setembro de 2005. O encarregado de conferir o prêmio relatou que cerca de 80.000 vidas haviam sido salvas como resultado direto dos tratamentos médicos emergenciais de primeira linha da Brigada aos pacientes desses países.

3. MELHORAR A SAÚDE AO LONGO DO CICLO DE VIDA

115. A OPAS reconhece a função fundamental da família e da comunidade na promoção e proteção da saúde como um valor social e um direito humano e aplica um enfoque de ciclo de vida, desde a pré-concepção até a velhice e, assim, aborda as necessidades específicas nos estágios-chave da vida. Essa abordagem é, por sua natureza, transversal: assim, as intervenções relacionadas com os determinantes sociais da saúde e equidade são cruciais para melhorar os resultados em termos de saúde. A cooperação técnica nessa área procura acelerar a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil; promover a saúde, a nutrição e o desenvolvimento integral das crianças desde a primeira infância até a adolescência; e abordar a saúde do idoso.

Promoção da saúde da mãe, da criança e do adolescente

Saúde da mãe e da criança

116. A cooperação técnica da OPAS com os Estados Membros para reduzir a mortalidade da mãe e da criança abrangeu a ampliação da cobertura da atenção pré-natal e no parto, com pessoal capacitado; o acesso a contraceptivos modernos e seu uso; e diretrizes e capacitação para melhorar a atenção obstétrica e pediátrica. A Argentina, Colômbia, Dominica, Haiti, Paraguai e República Dominicana desenvolveram ou promoveram a implementação de programas nacionais para reduzir a mortalidade neonatal e melhorar a saúde materna. A Guiana implementou um programa de assistência neonatal em seu principal hospital, baixando significativamente o número de mortes neonatais nessa instituição. A Bolívia, Brasil, Colômbia, Guatemala, México e Nicarágua adaptaram e executaram a estratégia “Código Vermelho” Obstétrico para controlar hemorragias. Ademais, o Brasil lançou a Rede Cegonha, que usa comitês de especialistas e mobilização social para reduzir a mortalidade materna e neonatal.

117. Com o apoio da OPAS e do Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a América Latina e Caribe (GNUD ALC), a Bolívia, Brasil, Guatemala, Honduras, México e Peru elaboraram um roteiro para implementar a estrutura de informação e prestação de contas sobre a saúde da mulher e da criança, para a notificação, a vigilância e a prestação de contas sobre a saúde da mãe e da criança. As necessidades de informação nessa área também são tratadas por meio do Sistema de Informação Perinatal (SIP), desenvolvido pelo Centro Latino-Americano de Perinatalogia, Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR). El Salvador, Honduras, Nicarágua e Panamá participaram de um projeto de Cooperação Técnica entre Países (CTP) para intensificar o uso do SIP e fornecer informações melhores e mais completas, particularmente sobre a transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis. Em junho de 2017, o SIP estava sendo utilizado como padrão nacional em 13 países da Região, bem como em alguns estados do México e em Bogotá (Colômbia), para coletar dados sobre a saúde materna e neonatal. Mais cinco países estão em vias de implementar o SIP, e a Repartição estabeleceu uma rede sentinela

do SIP formada por 20 unidades de saúde da Argentina, Brasil, Colômbia, Guatemala, Honduras, Nicarágua e República Dominicana, para a vigilância da morbidade materna grave.

118. Apesar desses avanços, a saúde materna permanece como uma área de grande preocupação em toda a Região, além de um desafio especial ao progresso rumo à saúde universal. O ODM 5 foi um dos poucos ODM que a América Latina e o Caribe não atingiram, pois a redução de 40% da mortalidade materna entre 1990 e 2015 ficou aquém da meta de 75%. Essa insuficiência foi resultado das lacunas nas capacidades dos países para assegurar serviços de saúde de boa qualidade, abrangentes e acessíveis universalmente (inclusive serviços de saúde sexual e reprodutiva), além da pobreza e outros determinantes sociais da saúde.

119. As principais causas da mortalidade materna são a hemorragia obstétrica, as complicações do aborto em condições precárias e as doenças clínicas pré-existentes, como o diabetes, a infecção pelo HIV, a malária e a obesidade, (cujos efeitos sobre a saúde podem ser exacerbados pela gravidez). Embora o acesso à atenção à saúde esteja avançando de forma sistemática na Região, a escassez de parteiras qualificadas e a prevalência de partos em casa, sem assistência continuam a pôr as mulheres e seus bebês em situação de grave risco, o que contribui para um excessivo número de óbitos maternos.

120. O CLAP/SMR criou um novo módulo de manutenção de registros com base em variáveis definidas pela OMS para documentar casos graves de morbidade materna (os chamados “quase incidentes”). O registro clínico foi incorporado ao SIP com a finalidade de ajudar os profissionais da saúde a prever e evitar complicações graves durante a assistência às gestantes. Além disso, foram desenvolvidas versões do software do SIP para dispositivos móveis e baseadas na Internet que permitem aos usuários usar todas as funções do SIP usando uma variedade de dispositivos. O CLAP/SMR contribuiu para a adaptação de versões do SIP para Antígua e Barbuda, Bahamas, Bolívia, Granada, São Cristóvão e Névis, São Vicente e Granadinas e Trinidad e Tobago, bem como para o mapeamento de boas práticas para o compartilhamento e a cooperação entre os países. Como parte da resposta ao surto do Zika, o CLAP/SMR também desenvolveu outros módulos especiais do SIP no intuito de reforçar a vigilância epidemiológica dos defeitos congênitos e da infecção pelo vírus Zika em gestantes.

121. O CLAP/SMR tomou medidas para melhorar a coleta e a análise dos dados sobre a qualidade da assistência proporcionada às mulheres nas situações de aborto, tanto legais quanto ilegais, e nos casos de aborto espontâneo incompleto, com vistas a documentar e abordar melhor essa questão sensível e pertinente. As normas de referência para a atenção aplicadas foram publicadas recentemente nas diretrizes e recomendações da OMS, assim como nas normas da OMS para a atenção ao aborto baseadas em evidências científicas. O CLAP/SMR formou a Rede de Assistência às Mulheres em Situações de Aborto (Rede MUSA), com centros sentinela em quase todos os países da América Latina. Formulou-se um plano de trabalho e deu-se início à sua execução para refinar o formulário para a

coleta de dados (SIP-A), segundo as necessidades do país e incorporá-lo aos aplicativos on-line e aos aplicativos móveis do SIP. Em colaboração com a OMS, o formulário de registro clínico SIP-A será usado em um estudo multinacional sobre a atenção aos abortos.

122. O CLAP/SMR liderou a iniciativa “Zero Mortes Maternas por Hemorragia”, com o apoio da Federação Latino-Americana de Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia. Como parte dessa iniciativa, a Repartição ofereceu formação aos profissionais da saúde sobre o tratamento eficaz da hemorragia obstétrica em meios clínicos e por meio dos planos de trabalho nacionais, e forneceu equipamentos para prática em seminários nacionais de capacitação. A iniciativa está dirigida a áreas subnacionais com taxas altas de mortalidade materna (mais de 70 por 100.000 nascidos vivos) nos países participantes, Bolívia, Brasil, Colômbia, Guatemala, Haiti, Honduras, Paraguai, Peru, República Dominicana e Trinidad e Tobago, cinco dos quais são países-chave da OPAS.

123. Embora a estimativa da taxa de mortalidade neonatal nas Américas tenha diminuído 58%, de 22,1 para 9,3 por 1.000 nascidos vivos entre 1990 e 2014, sua contribuição relativa para a mortalidade infantil aumentou. Atualmente, a mortalidade neonatal representa 52% das mortes de crianças menores de cinco anos. As causas da mortalidade neonatal não mudaram, visto que mais de 85% das mortes neonatais se devem à prematuridade, aos defeitos congênitos, à asfixia e às doenças infecciosas. Existem intervenções eficazes e de baixo custo para a maioria dessas causas e, como parte da sua cooperação técnica nessa área, a Repartição compilou, atualizou e difundiu evidências de intervenções perinatais por meio de um processo contínuo de atenção (pré-concepção, pré-natal, parto e pós-natal). O CLAP/SMR criou uma ferramenta para avaliar a execução dessas intervenções com a intenção de prover informações que sustentem a tomada de decisões, visando melhorar a qualidade da atenção, sobretudo nas áreas e nos grupos populacionais mais vulneráveis.

Saúde do adolescente

124. A OPAS contribuiu para os esforços dos Estados Membros para enfrentar os múltiplos desafios de saúde referentes aos adolescentes e jovens na Região das Américas, como as altas taxas de fecundidade, o uso de substâncias psicoativas, a violência, o sedentarismo e o sobrepeso e a obesidade. Os jovens de baixa renda e de minorias étnicas, assim como os que residem em regiões fronteiriças, são afetados desproporcionalmente por muitos desses problemas, e a RSPA se concentrou tanto em pesquisa como em intervenções nesses grupos. Até 2013, 28 países haviam estabelecido programas nacionais para a saúde do adolescente. A cooperação técnica da Repartição abordou áreas de trabalho essenciais, como a prevenção da violência de gênero, os serviços integrais de saúde sexual e reprodutiva e a prevenção da gravidez de adolescentes e o HIV/AIDS.

125. A gravidez na adolescência impacta fortemente a saúde da mãe e da criança, bem como os resultados socioeconômicos. A gravidez nessa fase aumenta os riscos para a

saúde tanto da mãe quanto da criança, reduzindo as chances de os adolescentes estudarem e conseguirem um emprego no futuro. Na América Latina e Caribe, as taxas de fecundidade na adolescência estão entre as mais elevadas do mundo, superadas apenas pela África Subsaariana. Por isso, a OPAS vem atuando bastante por meio da mobilização de parcerias e ações para fazer face a esse desafio. Em 2014, o COMISCA e as Primeiras Damas da América Central endossaram um plano sub-regional para a prevenção da gravidez na adolescência baseado nos resultados de um simpósio internacional liderado pela Repartição no início daquele ano. As áreas prioritárias de ação e cooperação técnica da RSPA são o aprimoramento dos serviços de saúde sexual e reprodutiva para os adolescentes, a capacitação dos profissionais de saúde, a promoção de estruturas legislativas e de política favoráveis, a ampliação e melhoria da educação sexual e o incentivo à participação dos jovens.

Uma promessa renovada para as Américas: trabalhar para reduzir as iniquidades em saúde

A Repartição vem atuando como secretaria técnica para a iniciativa “Uma promessa renovada para as Américas” (APR LAC, na sigla em inglês), desde 2013, quando foi criada uma seção regional do movimento interinstitucional. Esse movimento busca reduzir as profundas iniquidades na saúde reprodutiva, materna, neonatal, da criança e do adolescente que persistem na América Latina e Caribe. Os organismos participantes são o Banco Mundial, o BID, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) a Iniciativa Saúde Meso-América, a OPAS/OMS e a USAID.

Trabalhando em coordenação com a iniciativa mundial “Uma promessa renovada”, a APR LAC identificou tanto déficits quanto oportunidades em termos de financiamento; criou uma base de dados digital para artigos e documentos sobre as iniquidades em saúde e organizou uma série de eventos regionais com o fim de fomentar discussões políticas e técnicas sobre a equidade na saúde da mãe e da criança. Em nível nacional, o movimento realizou uma série de seminários de capacitação para formar capacidades nos ministérios da saúde para medir e monitorar as desigualdades na saúde nos âmbitos nacional e subnacional.

Ao longo de 2016, a APR LAC prestou apoio a vários países da América Central e Caribe, na identificação dos grupos populacionais negligenciados nos esforços de desenvolvimento e saúde passados e atuais; exame das barreiras em múltiplos níveis que dificultam a cobertura e o acesso eficaz à saúde e o desenvolvimento desses grupos populacionais; e na melhoria do entendimento dos mecanismos sociais subjacentes que levam a essas barreiras. A APR LAC também ajudou os países a responder às iniquidades por meio de soluções práticas e baseadas em evidências científicas.

Em 2017, a APR LAC se tornou, oficialmente, o mecanismo regional interinstitucional coordenador, responsável pelo apoio aos países da América Latina e Caribe na interpretação e adaptação da *Estratégia global para a saúde da mulher, da criança e do adolescente* às suas situações específicas. Nos próximos 15 anos, o mecanismo ajudará os países a formularem e implementarem planos nacionais operacionais para a saúde da mulher, da criança e do adolescente que respondam adequadamente às questões de equidade e que sejam acompanhados por indicadores e estruturas de monitoramento com metas baseadas na equidade. Durante o período de transição, os organismos membros realizaram três consultas sub-regionais para chegar a uma compreensão multissetorial comum da Estratégia Global e suas implicações para cada um dos contextos sub-regionais específicos.

Em julho de 2017, Michelle Bachelet, Presidente do Chile, na qualidade de co-presidente do Grupo Assessor de Alto Nível da iniciativa “Todas as mulheres, todas as crianças”, convocou a Reunião de Alto Nível: Todas as mulheres, todas as crianças todos os adolescentes, em que foi lançado, em nível regional, o Compromisso para Ação de Santiago. Com esse compromisso, se busca iniciar a implementação regional da *Estratégia global para a saúde da mulher, da criança e do adolescente* e instar os interessados diretos, multissetoriais e regionais a assegurar que todas as mulheres, crianças e adolescentes na América Latina e Caribe não apenas sobrevivam, mas também prosperem, em um ambiente transformador ([leia o compromisso aqui](#), em espanhol).

Melhorar a saúde dos idosos

126. A Repartição auxiliou na elaboração de uma nova Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos. Por meio da sua participação em um grupo de trabalho especial da OEA, especialistas da Repartição contribuíram para a incorporação de questões relacionadas com a saúde de relevância especial para os idosos, como o acesso a cuidados paliativos, os direitos humanos nas unidades de atenção de longo prazo, o acesso preferencial a serviços de saúde integrais e mecanismos legais para garantir o consentimento informado e a expressão clara das preferências relativas aos cuidados no fim da vida. Adotada pela Assembleia Geral da OEA em junho de 2015, a Convenção é o primeiro tratado internacional sobre os direitos dos idosos.

127. A OPAS continuou a apoiar os esforços dos Estados Membros para adaptarem suas políticas e sistemas de saúde, visando abordar a evolução das necessidades das populações que estão envelhecendo rapidamente e promover a prevenção e estilos de vida saudáveis para o envelhecimento com saúde. Em meados de 2017, 18 países haviam elaborado políticas, quadros jurídicos ou planos nacionais sobre o envelhecimento e a saúde. Pelo menos seis países (Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, Costa Rica e Uruguai) assinaram a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos, e cinco a ratificaram.

128. Gestores da saúde de vários países e territórios da América Latina e do Caribe participaram de um programa de especialização de 10 meses sobre saúde pública e envelhecimento, criado pela OPAS e por parceiros com o objetivo de melhorar a atenção primária à saúde dos idosos. A OPAS também negociou um acordo com o Centro Interamericano de Estudos de Seguridade Social e mais de 15 universidades da América Latina e Caribe para criar o Consórcio Universitário em Saúde Pública e Envelhecimento, que defenderia o envelhecimento saudável como principal prioridade da saúde pública. A Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos e México estão representados no Consórcio. Com a cooperação técnica da RSPA, programas de autocuidado baseados em evidências científicas foram implementados em serviços de atenção primária e comunitários na Argentina, Chile, Peru e nos países do Caribe Oriental.

Melhorar a nutrição

129. A nutrição conquistou mais visibilidade na agenda política dos países após a Reunião de Alto Nível sobre a Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis, convocada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2011, reconhecer a função crucial que a má alimentação desempenha na etiologia das doenças cardiovasculares, cânceres e diabetes. Durante o período em análise, a OPAS apoiou a formulação e a implementação de políticas, planos e programas nutricionais em vários países da Região. Estes consistiam de políticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas (em especial, a implementação e o monitoramento do Código de Comercialização de Substitutos do Leite Materno) e a certificação dos hospitais como parte da iniciativa em prol dos hospitais “amigos do lactante”. Ademais, foram elaboradas lei sobre o código de comercialização na Bolívia, Brasil, El Salvador, Equador, Honduras e Panamá.

130. A RSPA apoiou vários países e territórios do Caribe, como Barbados, Bermuda, Granada, Guiana, Jamaica e Suriname, na avanço rumo à certificação de hospitais como “amigos do lactante”. A Repartição também facilitou a visita de equipes do Chile e do México ao Brasil para conhecerem os bem-sucedidos programas brasileiros de incentivo ao aleitamento materno e de bancos de leite materno. Várias publicações foram produzidas e disseminadas, como o ProPAN (Processo para a Promoção da Alimentação Infantil), um instrumento para promover a programação da alimentação complementar.

131. A Região demonstrou liderança mundial ao enfrentar a obesidade infantil, com a aprovação unânime pelo 53º Conselho Diretor, em 2014, do *Plano de ação para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes* (documento [CD53/9, Rev. 2](#)), em âmbito regional. A cooperação técnica da OPAS com os Estados Membros abordou a implementação das eficazes opções de política do Plano para prevenir a obesidade, como a tributação das bebidas adoçadas com açúcar (BBA) e produtos alimentícios pouco saudáveis (Barbados, Chile, Dominica, Equador e México); a rotulagem na parte da frente da embalagem (Chile e Equador); diretrizes alimentares inovadoras (Brasil e Uruguai); a regulamentação da comercialização de produtos pouco saudáveis, sobretudo os dirigidos às crianças (Chile e México); as ruas dedicadas exclusivamente à recreação, como as (Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Estados Unidos, Guatemala, México e Peru); e a nutrição escolar (Brasil, Chile, Costa Rica, Equador, Estados Unidos, Trinidad e Tobago e Uruguai). A Região também defendeu ativamente a Década de Ação sobre a Nutrição, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2016.

4. REDUZIR AS DESIGUALDADES NA SAÚDE, COM ÊNFASE NAS MINORIAS ÉTNICAS, POPULAÇÕES INDÍGENAS E PESSOAS QUE VIVEM EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

132. O Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 especifica quatro temas transversais — gênero, equidade, direitos humanos e etnia — que deverão ser incorporados, de forma prioritária, em toda a cooperação técnica da Organização. Em 2014, a Diretora formou um grupo de trabalho interprogramático para facilitar esse processo, com responsabilidades como assegurar o compartilhamento das informações pertinentes a esses temas entre os departamentos e unidades, e elaborar e implementar iniciativas para promover a colaboração nessas áreas. O grupo de trabalho organizou um curso de capacitação para todos os funcionários da OPAS sobre os determinantes sociais da saúde no contexto dos temas transversais e finalizou as diretrizes para que os temas passassem a fazer parte do trabalho da Organização.

Promoção das questões relacionadas ao gênero, equidade, direitos humanos, etnia e saúde

Questões de gênero

133. A Repartição encabeçou a elaboração de ferramentas para proporcionar atenção integral às pessoas transgênero e suas comunidades, em resposta à resolução [CD52.R6](#) do 52º Conselho Diretor da OPAS para combater as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans, conforme recomenda o documento conceitual [CD52/18](#). Com base na perícia e conhecimentos técnicos gerados nessa área, a RSPA contribuiu para um diálogo técnico para reenquadrar os temas relacionados com as pessoas na nova CID e, em 2014, organizou a primeira reunião regional sobre a saúde das pessoas lésbicas, homossexuais, bissexuais e transgênero (LGBT) e os direitos humanos. Nesse evento, representantes de ministérios da saúde, organizações de direitos humanos, universidades e sociedade civil recomendaram estratégias e iniciativas para coletar e analisar dados sobre até que ponto os serviços de saúde da Região estavam atendendo as necessidades da comunidade LGBT. Em 2016, a Repartição convocou outra reunião para identificar as causas das disparidades no acesso aos serviços de saúde. Além disso, um grupo de trabalho examinou e analisou leis e políticas nacionais no contexto da discriminação e exclusão das pessoas LGBT dos serviços de saúde. Em meados de 2017, haviam sido coletados dados dos ministérios da saúde de mais de 30 Estados Membros e de mais de 25 organizações não governamentais (ONGs), e o relatório estava na etapa final de redação.

134. Em 2015, a Repartição apresentou ao 54º Conselho Diretor uma *Avaliação do plano de ação para a implementação da política de igualdade de gênero e linhas estratégicas de ação propostas* (documento [CD54/INF/2](#)), com base nas autoavaliações

dos Estados Membros. A avaliação encontrou aumentos discretos na proporção de Estados Membros com políticas, planos e orçamentos para gênero e saúde. Além disso, uma porcentagem relativamente alta de unidades técnicas da Repartição (72%) e dos Estados Membros da OPAS (88%) informaram haver usado dados desagregados por sexo nas diretrizes que produziram. No entanto, apenas 20% dos Estados Membros informaram monitorar ativamente os compromissos de seus setores da saúde na integração do gênero. O relatório de avaliação concluiu que a Repartição e os Estados Membros haviam feito avanços desiguais na implementação da *Política de igualdade de gênero* da OPAS e instou por alocações orçamentárias mais sustentáveis para essa área de trabalho e pelo aumento da coleta e análise de dados desagregados por sexo para apoiar a promoção da causa, a formulação de políticas e a programação.

135. Com base na avaliação da implementação da *Política de igualdade de gênero*, em 2015 o 54º Conselho Diretor respaldou novas prioridades para impulsionar a igualdade de gênero na saúde, inclusive conduzindo pesquisas e aplicando metodologias inovadoras para abordar as iniquidades de gênero na saúde, produzindo evidências específicas do setor e análises de gênero, e abordando temas emergentes como a masculinidade e as preocupações de saúde das comunidades LGBT.

136. Para promover a geração de evidências relacionadas ao gênero, em 2014 a Repartição publicou a 6ª edição do livreto estatístico *Gender, Health, and Development in the Americas: Basic Indicators 2013*, com indicadores básicos sobre gênero, saúde e desenvolvimento nas Américas. Em 2016, a RSPA reuniu um grupo de especialistas para revisar um conjunto básico de indicadores sobre gênero e saúde para as Américas como um todo, dentro da estrutura de saúde universal e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Sob a coordenação da ONU Mulheres, os peritos da Repartição contribuíram para um conjunto de indicadores da igualdade de gênero relativos ao Caribe, que foram apresentados a Dominica, Guiana, Jamaica e Suriname para consulta e, posteriormente, à CARICOM para validação e possível adoção por seus países membros.

137. O trabalho da Repartição nas questões de gênero foi melhorado por meio de um documento inovador, a *Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher* (documento [CD54/9, Rev. 2](#)), aprovada pelo 54º Conselho Diretor da OPAS em 2015. Essa estrutura é a primeira do gênero em todas as regiões da OMS e adota uma abordagem de saúde pública na questão da violência contra a mulher; além disso, fornece um roteiro para que os sistemas de saúde desempenhem uma função fundamental nos esforços multissetoriais para prevenir tal violência e responder a ela. A pedido do COMISCA, a Repartição realizou o mapeamento dos enfoques de igualdade de gênero dentro das políticas de saúde e de saúde dentro de políticas de igualdade de gênero. As recomendações com base no mapeamento serão publicadas no segundo semestre de 2017.

138. A RSPA também concluiu o trabalho sobre os indicadores básicos para o gênero e a saúde (de acordo com a *Estratégia global para a saúde da mulher, da criança e do adolescente 2016-2030*), enfatizando um indicador básico, o desembolso imediato para

pagamento de despesas com saúde, como uma medida crucial para mensurar os avanços rumo à igualdade de gênero na saúde. Estão havendo discussões com a CEPAL no sentido de incluir esse indicador no Observatório de Igualdade de Gênero da América Latina e do Caribe.

Desigualdades étnicas

139. A RSPA empreendeu atividades de cooperação técnica no âmbito nacional, sub-regional e regional para abordar as desigualdades étnicas notórias na área da saúde que persistem em toda a Região. Destaca-se o cumprimento da importante função de copresidente do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Povos Indígenas do Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a América Latina e Caribe (GNUD ALC) e trabalhar para melhorar a disponibilidade e qualidade dos dados sobre etnia e saúde.

140. Na região sul-americana do Chaco,¹⁸ a RSPA prestou cooperação técnica a uma reunião intitulada “Unidos para a ação: Rumo à saúde universal do Gran Chaco Sul-Americano”. Representantes dos ministérios da saúde dos países envolvidos e de povos indígenas participaram desse fórum; um resultado importante foi a formulação de um projeto entre países para fazer avançar a cobertura universal de saúde entre os povos indígenas.

141. No Paraguai, a RSPA contribuiu para a implementação de uma estratégia para a rede integrada de serviços de saúde no Chaco e para o uso de autópsias sociais nas comunidades indígenas nessa mesma região. Essas autópsias permitem identificar mortes por causas preveníveis ao mesmo tempo em que promove o empoderamento das comunidades como parte de uma estratégia participativa para evitar mortes maternas e perinatais.

142. A Repartição participou de uma reunião técnica regional sobre a saúde dos afrodescendentes, realizada em Cartagena, Colômbia, em novembro de 2015. A reunião proporcionou uma oportunidade singular de identificar e abordar as prioridades de saúde e os desafios relacionados aos afrodescendentes e de projetar e implementar políticas e programas de saúde eficazes com uma perspectiva intercultural. Como medida de acompanhamento dessa reunião (e no contexto da Década Internacional de Afrodescendentes 2015-2024, cujo tema é “Reconhecimento, Justiça, Desenvolvimento”), a Repartição apresentou um relatório contendo os resultados em matéria de saúde mais relevantes da Região ao Grupo de Trabalho de Especialistas sobre Afrodescendentes, das Nações Unidas. A RSPA também elaborou uma proposta sobre planos de saúde para afrodescendentes destinada às sub-regiões da América Central e dos Andes, com a participação de representantes de ministérios da saúde, peritos em saúde afrodescendente e líderes afrodescendentes. Essa proposta formou a base de um plano de

¹⁸ A região do Chaco, situada na América do Sul, abrange o norte da Argentina, o oeste da Bolívia, uma porção dos estados brasileiros de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, e o Paraguai. Trata-se da maior floresta seca contígua no mundo e o segundo maior bioma florestal (uma área que pode ser classificada segundo as plantas e animais que nela vivem) na América do Sul.

saúde específico para afrodescendentes da sub-região andina, apresentado na 36^a Reunião de Ministros da Saúde da Área Andina (REMSAA) em abril de 2017.

143. Em 2015, o Encontro Regional Sobre Etnia e Saúde nas Américas foi realizado na sede da OPAS em Washington, D.C., para ministros da saúde, especialistas regionais e internacionais e representantes de populações indígenas e afrodescendentes. A reunião destacou e discutiu as principais questões para abordar as disparidades étnicas na saúde, facilitou o diálogo sobre o *Plano de Ação Conjunta para a Eliminação da Discriminação Étnico-Racial e Promoção da igualdade* entre Brasil e Estados Unidos¹⁹ e identificou os próximos passos para a formulação de uma nova política regional sobre etnia e saúde.

144. A RSPA elaborou a nova *Política sobre etnia e saúde*, a ser apresentada à 29^a Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro de 2017. A política promove o enfoque intercultural da saúde, voltado para as seguintes linhas prioritárias: *a)* geração de evidências; *b)* promoção da ação política; *c)* participação social e parcerias estratégicas; *d)* reconhecimento do conhecimento ancestral e da medicina tradicional e complementar; e *e)* desenvolvimento de capacidades em todos os níveis. Aproveitando a política proposta, a Repartição avançou no desenvolvimento dos principais indicadores de etnia e saúde, de acordo com uma das principais prioridades estratégicas da Organização, qual seja, a de melhorar os dados e as evidências relativos à saúde das populações indígenas, afrodescendentes e Roma.

145. O trabalho da Repartição nas áreas de gênero, etnia e saúde foi fortalecido notavelmente por meio do aprimoramento da colaboração interprogramática entre as unidades técnicas. A RSPA colaborou com os Estados Membros, como Bolívia, Brasil, Equador, Guatemala, Guiana, Honduras, Nicarágua, Panamá e Peru, para desenvolver e implementar intervenções culturalmente apropriadas para os indígenas e afrodescendentes dentro de programas para o HIV, a tuberculose, a hepatite, a malária, a redução de riscos de desastres, a saúde mental e a saúde materno-infantil, entre outros.

146. Entre os avanços recentes no âmbito nacional na área das desigualdades étnicas, destacam-se:

- a) Bolívia: elaboração e difusão de informações sobre a medicina tradicional ancestral boliviana em todas suas formas, modalidades e procedimentos terapêuticos para promover e fortalecer seu exercício e sua prática, assim como a incorporação gradual de doutores tradicionais, parteiras e naturistas, na qualidade de prestadores de serviços.
- b) Guiana: convocação de uma reunião no povoado indígena de Baramita, em 2016, para discutir questões emergentes de saúde mental entre os residentes indígenas e a formulação de um plano de ação com base nas discussões.

¹⁹ Assinado em março de 2008, esse plano de ação foi o primeiro acordo bilateral que visava o racismo.

- c) Panamá: promulgação, em 2016, da Lei 17, sobre o estabelecimento da proteção do conhecimento da medicina tradicional indígena, o que representa um passo importante no enfoque da saúde dos povos indígenas. Em março de 2017, foi instalado o Comitê Consultivo sobre a Medicina Tradicional Indígena, em cumprimento do artigo 6º dessa lei.
- d) Equador: adoção, em fevereiro de 2017, do *Manual de articulação das parteiras ancestrais*, que visa estabelecer mecanismos para a melhoria da saúde materna e neonatal dos povos e nacionalidades do país, dentro da estrutura do modelo de atenção integral do Sistema Nacional de Saúde Familiar, Comunitário e Intercultural, bem como dos direitos individuais e coletivos.

Saúde dos migrantes

147. No 55º Conselho Diretor, em 2016, os Estados Membros da OPAS aprovaram uma nova política sobre a *Saúde dos migrantes* (documento [CD55/11, Rev.1](#)). A política destaca as vulnerabilidades dos migrantes e insta os Estados Membros a protegerem a saúde e bem-estar dos migrantes ao estabelecerem serviços de saúde que sejam inclusivos e atendam as necessidades de saúde dos migrantes; disposições institucionais para proporcionar acesso a serviços de saúde integrais, de qualidade e centrados nas pessoas; mecanismos para proporcionar proteção financeira em saúde; e ações intersetoriais, bem como formação de parcerias, redes e estruturas multinacionais.

148. Em abril de 2017, o México e a RSPA organizaram uma reunião dos países mesoamericanos na Cidade do México para discutir a saúde dos migrantes, em especial os determinantes sociais; intervenções para reduzir os riscos para a saúde e aumentar o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, sobretudo nas zonas de fronteira; e mecanismos e oportunidades existentes para melhorar a colaboração e a coordenação entre os países. Ministros da saúde e autoridades sanitárias de alto escalão de Belize, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá e República Dominicana concordaram em trabalhar juntos para atender as necessidades de saúde dos migrantes na Meso-América. Representantes dos 10 países assinaram a Declaração Ministerial sobre Migração e Saúde, que descreve uma série de acordos sobre esforços conjuntos para melhorar as informações disponíveis sobre a situação de saúde dos migrantes e formar parcerias para suprir as necessidades de saúde dessas pessoas, de maneira integral e oportuna. Os ministros da saúde também se comprometeram em promover mudanças e melhorias nas estruturas regulatórias de seus países de modo a permitir-lhes suprir as necessidades de saúde dos migrantes, compartilhar experiências, fortalecer as políticas nacionais e regionais de migração e saúde para oferecer proporcionar atendimento integral aos migrantes e melhorar a vigilância da saúde da população migrante.

Pessoas com deficiências

149. Durante o período em análise, a cooperação técnica da OPAS contribuiu para o desenvolvimento de uma política comum para os países andinos sobre a atenção às

peças com deficiências, inclusive com a formulação de planos para gestão de riscos em situações de emergência e desastres naturais que levem em consideração as necessidades dessas pessoas. A implementação começou na Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela, nas áreas de desenvolvimento e fortalecimento de redes para serviços de reabilitação integral; uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da OMS; e de intervenções para a proteção social das pessoas com deficiências. A Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Paraguai e Venezuela começaram a implementar a estratégia de reabilitação comunitária da OPAS, e foram atualizados os dados de referência sobre a situação das pessoas com deficiências na Argentina, Brasil, Chile, Equador, México, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.

150. A OPAS empreendeu atividades de cooperação técnica com o Ministério da Saúde do Chile para melhorar a coleta de dados sobre as deficiências. A ferramenta IVADEC-CIF²⁰ foi criada com base na estrutura da CIF para avaliar o desempenho das atividades diárias das pessoas com deficiências. Ela pode ser usada para avaliar os graus da incapacidade bem como os efeitos das intervenções. Está destinada a aplicação em meios comunitários, podendo ser usada pelas pessoas com deficiências ou por informantes significativos para fazer uma autoavaliação. As informações qualitativas fornecidas são analisadas e transformadas em indicadores quantitativos, como índices de incapacidade e desempenho, bem como em taxas de dependência e mobilidade.

151. A cooperação técnica da OPAS abordou a adaptação e o uso da ferramenta em outros Estados Membros, já que a IVADEC-CIF contribui para melhorar, de diversas maneiras, a atenção dada às pessoas com deficiências. A ferramenta:

- a) Apóia a transição para um enfoque biopsicossocial por permitir uma análise do desempenho no contexto da comunidade;
- b) Fornece um método de medição dos efeitos das tecnologias de suporte e dos medicamentos;
- c) Facilita o alinhamento de sistemas nacionais de qualificação e certificação das deficiências, fazendo, inclusive, a avaliação do impacto das políticas sobre as deficiências e a reabilitação;
- d) Facilita a inclusão ou a reformulação de perguntas sobre as deficiências nas pesquisas demográficas;
- e) Contribui para as análises de diagnóstico e de situação, com o objetivo de elaborar perfis locais das deficiências.

152. Em 2014, o 53º Conselho Diretor reconheceu as deficiências como uma questão de saúde pública e de direitos humanos, bem como uma prioridade para o desenvolvimento, e aprovou o *Plano de ação sobre deficiências e reabilitação*

²⁰ *Instrumento de Valoración del Desempeño en la Comunidad* (Instrumento para a Avaliação do Desempenho na Comunidade, baseado na CIF, da OMS).

(documento [CD53/7, Rev. 1](#)). Esse plano de ação (alinhado com o *Plano de ação mundial para deficiências 2014-2021*, da OMS) tem três linhas estratégicas de ação:

- a) Promover a igualdade no marco das políticas, planos e legislação de saúde em matéria de deficiência, para fortalecer a governança;
- b) Fortalecer a rede de serviços de habilitação e reabilitação do setor da saúde, o que compreende o fornecimento de dispositivos de assistência técnica e a reabilitação com base na comunidade;
- c) Promover a produção e análise de dados sobre deficiência e apoiar a pesquisa.

153. Até meados de 2017, com a cooperação técnica da RSPA, os países haviam feito avanços significativos na revisão das leis nacionais e na formulação de planos nacionais sobre as deficiências e a reabilitação;²¹ no fortalecimento dos componentes de seus sistemas de vigilância em saúde relativos às deficiências por meio do uso da CIF²² e no desenvolvimento e fortalecimento dos serviços integrais de reabilitação no setor da saúde, vinculados à atenção primária à saúde²³.

Direitos humanos e saúde

154. A Repartição continuou a promover e orientar a integração dos princípios de direitos humanos nas políticas, nos programas e nas intervenções nacionais de saúde, inclusive desagregando dados para permitir a identificação dos grupos vulneráveis, o fortalecimento da atenção primária à saúde e o progresso rumo à saúde universal. Esse trabalho foi orientado pelo documento conceitual de 2010 intitulado *A saúde e os direitos humanos* (documento [CD50/12](#)), que reconheceu que a lei internacional de direitos humanos é uma valiosa estrutura normativa e conceitual para unificar as estratégias no sentido de melhorar a saúde dos grupos sociais pobres e excluídos e melhorar a equidade na saúde. Até meados de 2017, um total de 20 países da Região havia incluído o direito à saúde em suas constituições.

Medição das iniquidades na saúde

155. Os indicadores que informam as médias nacionais não revelam as iniquidades na saúde. Como parte do compromisso de longa data e renovado da OPAS com a equidade na saúde e o desenvolvimento sustentável, na estrutura dos ODS, em 2014, o 53º Conselho Diretor aprovou uma nova série de critérios para medir as mudanças nas iniquidades na saúde (documento [CD53/10, Rev. 1](#)). Esses critérios abrangem duas medidas da iniquidade usadas juntamente com quatro indicadores principais: a mortalidade infantil, a mortalidade materna, a mortalidade precoce decorrente de DNT e

²¹ Argentina, Bolívia, Chile, Equador, Guiana, Haiti, México, Panamá, Paraguai, República Dominicana, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

²² Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Honduras, México, Panamá, Peru e Venezuela.

²³ Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, Guiana, México, Panamá, Peru, República Dominicana e Venezuela.

a mortalidade por motivo tratável (mortes prematuras que não teriam ocorrido caso atenção à saúde oportuna e eficaz estivesse disponível). A adoção desses critérios tornou a RSPA o primeiro Escritório Regional da OMS e a primeira agência do sistema das Nações Unidas a usar indicadores e metas quantificáveis de equidade em saúde para avaliar o impacto de seus próprios programas de cooperação técnica.

156. Em outros esforços para apoiar o avanço rumo à consecução dos ODS, da equidade na saúde e da saúde universal, e fortalecida pela adoção de novos critérios de medição das iniquidades na saúde, em 2016 a Repartição instalou uma Comissão para a Equidade e as Desigualdades em Saúde na Região das Américas. Essa comissão, resultado de uma parceria entre a OPAS e o Instituto de Equidade em Saúde da University College London, conta com importantes especialistas internacionais em políticas de saúde e determinantes sociais da saúde. A Comissão fará uma avaliação da igualdade e das desigualdades em saúde nas Américas, o primeiro esforço integral dessa natureza para recolher evidências sobre iniquidades na saúde na Região. Durante um período de dois anos, a Comissão vai investigar de que forma os fatores socioeconômicos e estruturais, bem como a identidade, influenciam a saúde nos países das Américas; gerar evidências; recomendar ações para reduzir ou eliminar lacunas persistentes quanto à equidade na saúde e orientar os Estados Membros da OPAS na abordagem dos determinantes sociais da saúde e dos temas transversais relativos ao gênero, à equidade, aos direitos humanos e à etnia. Como parte da avaliação da Comissão, 15 Estados Membros²⁴ estão cumprindo seu compromisso de examinar e abordar as iniquidades e desigualdades na saúde.

157. A RSPA intensificou a cooperação técnica para fortalecer as capacidades nacionais para medir, analisar e monitorar as desigualdades sociais, econômicas e ambientais na saúde nos âmbitos nacional e subnacional, tornando os Estados Membros responsáveis por “não deixar ninguém para trás” à medida que prosseguem com a implementação da Agenda 2030. A Repartição está trabalhando com todos os países para alinhar suas agendas nacionais de saúde com os ODS, e 15 países²⁵ das Américas realizaram consultas nacionais para incorporar os ODS a seus planos nacionais de saúde.

158. Em termos gerais, os países fortaleceram suas capacidades institucionais para quantificar e analisar as desigualdades sociais na saúde, inclusive com a produção de perfis da equidade na saúde — sobretudo na área da saúde materno-infantil — abordando as três dimensões do desenvolvimento sustentável: social, econômica e ambiental. A Repartição colaborou com os Estados Membros para elaborar uma série de perfis de equidade na saúde em toda a Região, usando variáveis de estratificação da equidade como indicadores aproximados dos determinantes sociais da saúde, como a renda, a localização geográfica, a escolaridade, o sexo e a raça. A análise dos perfis facilita a identificação de brechas da desigualdade na saúde e de gradientes por todo o espectro

²⁴ Argentina, Belize, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Estados Unidos, Jamaica, México, Peru, Suriname, Trinidad e Tobago.

²⁵ Argentina, Belize, Brasil, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, República Dominicana e Venezuela.

socioeconômico, além de ajudar os países no planejamento e na execução de ações para atingir uma distribuição mais justa de saúde e bem-estar. Até meados de 2017, 11 países²⁶ haviam concluído os perfis da equidade em saúde, enquanto outros três estavam no processo de elaboração (Bolívia, Colômbia e Paraguai). Ademais, os ministérios da saúde de oito países — Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana — assinaram uma resolução política de alto nível se comprometendo a incorporar as medições das desigualdades na saúde da mãe, da criança e do adolescente aos seus sistemas nacionais de informações estratégicas.

159. A RSPA colaborou com o estado do Tocantins e o Centro de Informações e Decisões Estratégicas em Saúde (Integra Saúde Tocantins) no Brasil para estabelecer um observatório das iniquidades e determinantes sociais da saúde, que orientará a formulação de políticas, programas e projetos pertinentes. A Repartição também contribuiu para a criação do Observatório Nacional das Iniquidades em Saúde, no México. Esforços contínuos estão sendo envidados para desenvolver um enfoque estratégico institucional para a cooperação técnica da RSPA no sentido de atingir os ODS, harmonizar os indicadores em todas as estruturas e desenvolver linhas de base para os indicadores dos ODS. Por solicitação dos Estados Membros, em 2015 a RSPA elaborou o documento *Preparing the Region of the Americas to Achieve the Sustainable Development Goal on Health*,²⁷ sobre a preparação da Região das Américas para alcançar o objetivo de desenvolvimento sustentável relacionado à saúde, que fornece uma referência cruzada entre o ODS 3 e os recursos programáticos e técnicos disponíveis na OPAS e nos países, incluídos os mandatos e documentos técnicos mais pertinentes.

160. Como parte de seu compromisso com as parcerias estratégicas e o progresso rumo à consecução do ODS 17 (“Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável”), a Repartição colaborou com o Grupo de Trabalho Conjunto de Cúpulas e Grupo de Revisão e Implementação de Cúpulas da Organização dos Estados Americanos (OEA) para que o documento final *Mandatos para a ação*, da Sétima Cúpula das Américas, realizada em abril de 2015, incluísse o apoio a questões de saúde prioritárias, como a saúde universal, o RSI (2005), as DNT, os alimentos e a nutrição, água e saneamento, bem como saúde a materno-infantil. A OEA e a OPAS estabeleceram um grupo de trabalho informal em setembro de 2015 para identificar as ações conjuntas concentradas nos ODS e em suas metas; em fevereiro de 2016, o grupo iniciou uma colaboração quinquenal que visava guiar e apoiar os esforços nacionais e regionais para impulsionar a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, sobretudo os objetivos fora do escopo do setor da saúde. O primeiro produto da parceria foi uma publicação que alinha cada ODS com os mandatos existentes e colaborações interinstitucionais, procurando promover sinergias e cooperação; simplificar a coordenação e os esforços de notificação por parte dos países que trabalham com afinco para atingir os objetivos sob múltiplas estruturas internacionais e estabelecer uma aliança

²⁶ Argentina, Aruba, Bahamas, Brasil, Canadá, El Salvador, Honduras, México, Nicarágua, Panamá e Venezuela.

²⁷ Disponível em inglês em <http://bit.ly/2rq0ZPa>.

interinstitucional mais ampla em busca de um enfoque regional para os ODS que aborde a equidade na saúde e os determinantes subjacentes da saúde.

161. Em setembro de 2016, durante um evento paralelo ao 55^o Conselho Diretor, os Estados Membros concordaram em elaborar uma nova estrutura de alto nível para fornecer uma visão e um direcionamento de longo prazo para o desenvolvimento da saúde na Região, no contexto da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e de outros mandatos mundiais e regionais na saúde. A Repartição apoiou um grupo de trabalho formado por 16 países membros, presidido pelo Equador e com o Panamá e Barbados como vice-presidentes, para elaborar a estrutura Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030. A Agenda, a ser submetida à aprovação da 29^a Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro de 2017, contém 11 objetivos e mais de 50 metas que os Estados Membros da OPAS devem alcançar até 2030 na busca pelo acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde, por sistemas de saúde resilientes e por serviços de saúde de qualidade. A Agenda constituirá a estrutura de políticas e planejamento estratégico de nível mais elevado para as atividades coletivas no sentido de melhorar a saúde e o bem-estar em todo o continente, complementando o trabalho para alcançar os ODS mundiais.

162. A OPAS continuou a participar das Equipes das Nações Unidas nos países ONU, mesas-redondas, grupos de cooperação, mecanismos de coordenação dos países com o Fundo Global, grupos de arbitragem, grupos temáticos interinstitucionais, grupos de trabalho dos ODS e outros grupos semelhantes que assessoram, coordenam, monitoram e avaliam a implementação de programas de saúde e relativos à saúde, para assegurar o alinhamento com as prioridades de saúde nacionais. A Organização tem desempenhado uma função ativa ao liderar ou coliderar o componente de saúde do Quadro de Assistência das Nações Unidas para o Desenvolvimento em pelo menos 20 países nas Américas²⁸ e contribuiu para a elaboração do marco multinacional de desenvolvimento sustentável das Nações Unidas no Caribe. No período de 2017-2021, esse marco abarca 18 países e territórios²⁹ no Caribe e tem quatro áreas prioritárias alinhadas com os ODS,³⁰ buscando acelerar o progresso dos países rumo à consecução dessas metas mundiais. A área prioritária do marco, “Caribe Saudável”, tem como resultados: *a*) o acesso universal a serviços e sistemas de saúde de qualidade e *b*) leis, políticas e sistemas instituídos para apoiar estilos de vida saudáveis em todos os segmentos da população. Ambos são prioridades para a cooperação técnica da OPAS.

²⁸ Argentina, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Guiana, Honduras, Jamaica, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Suriname, Trinidad e Tobago e Uruguai.

²⁹ Anguila, Antígua e Barbuda, Aruba, Barbados, Belize, Curaçao, Dominica, Granada, Guiana, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, Montserrat, Santa Lúcia, São Cristóvão e Névis, São Martinho, São Vicente e Granadinas, Suriname e Trinidad e Tobago.

³⁰ Informações sobre esse marco podem ser consultadas em www.2030caribbean.org.

5. REDUZIR E ELIMINAR A CARGA E O IMPACTO DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, INCLUSIVE AS DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS, AS DOENÇAS INFECCIOSAS NEGLIGENCIADAS E AS DOENÇAS COBERTAS PELO FUNDO GLOBAL

163. Durante o período em análise, a cooperação técnica da OPAS apoiou os esforços dos Estados Membros para prevenir e controlar as doenças transmissíveis e avançar rumo à eliminação das consideradas elimináveis. As intervenções foram centradas no fortalecimento da capacidade, preparação, vigilância, detecção, redução de riscos e resposta aos riscos para a saúde humana, inclusive os casos de possível importância internacional, conforme definidos no RSI. Determinadas iniciativas dos Estados Membros — em colaboração com a RSPA, suas instituições nacionais, a sociedade civil, o setor privado, os parceiros de desenvolvimento e outros interessados diretos — levaram a êxitos persistentes contra as doenças infecciosas nos âmbitos nacional e regional.

Avanços na eliminação das doenças infecciosas

Marcos recentes na eliminação das doenças infecciosas nas Américas

Doença de Chagas

Apesar de terem sido alcançados avanços na redução da prevalência da doença de Chagas (uma doença transmitida por vetores e causada pelo *Trypanosoma cruzi*), cerca de 6 milhões de pessoas nas Américas permanecem infectadas. A RSPA encabeçou a cooperação sub-regional Sul-Sul que promoveu medidas de controle de vetores, a triagem universal de doadores de sangue e a melhoria da qualidade e cobertura da atenção médica. Esses esforços levaram vários países a obterem a certificação da interrupção da transmissão pelo principal vetor da doença de Chagas na totalidade do seu território ou em zonas geográficas específicas, alcançando um objetivo regional definido anteriormente.

- Em 2012, quatro países e/ou áreas obtiveram a certificação da interrupção da transmissão da doença pelos respectivos vetores principais: Belize; todos os municípios da região de La Paz, na Bolívia; várias zonas endêmicas na Argentina; e a região de Alto Paraguai, no Paraguai.
- Em 2014, uma equipe internacional de especialistas convocada pela OPAS/OMS comprovou a eliminação da doença de Chagas da lista de problemas de saúde pública do estado de São Paulo, Brasil.
- Em 2016, foi certificada a interrupção da transmissão pelo *T. cruzi* na área de Boquerón, Paraguai, um marco importante de saúde pública uma vez que Boquerón faz parte do Chaco sul-americano, uma zona com importantes fatores de risco sociais, epidemiológicos e ambientais para a doença de Chagas.
- Ainda em 2016, foi recertificada a interrupção da transmissão vetorial nas seis zonas onde a doença de Chagas era endêmica no Chile.

Oncocercose

- Em 2013, funcionários da OMS certificaram a Colômbia como isenta da transmissão da

oncocercose (“a cegueira dos rios”), o que a tornou o primeiro país no mundo a eliminar a doença. Esse avanço ocorreu após 16 anos de esforço por parte do país para controlar a doença em uma comunidade remota mediante o uso do medicamento antiparasitário ivermectina, medidas de vigilância epidemiológica e orientação da comunidade. Esse esforço foi liderado pelo Instituto Nacional de Saúde da Colômbia, com o apoio do Ministério da Saúde e Proteção Social, da OPAS, do *Programa de Eliminação da Oncocercose nas Américas*, do Carter Center, e do *Programa Mundial de Doação de Mectizan*, da Merck.

- Em 2014, o Equador se tornou o segundo país no mundo onde a eliminação da oncocercose foi comprovada.
- Em 2015, o México se tornou o terceiro país no mundo a onde a eliminação da oncocercose foi comprovada.
- Em 2016, a Diretora-Geral da OMS expediu uma carta oficial à Guatemala confirmando a eliminação da transmissão da oncocercose, o que a tornou o quarto país da Região, e do mundo, onde foi comprovada a eliminação da doença.

Atualmente, apenas dois focos da oncocercose persistem nas Américas, ambos na região ianomâmi, em ambos os lados da fronteira entre o Brasil e a Venezuela. A eliminação nessa área representa um desafio maior devido a seu isolamento — o acesso requer helicópteros ou excursões fluviais prolongadas — e à alta mobilidade de sua população, formada principalmente por indígenas nômades. Contudo, as intervenções rumo à eliminação continuam por meio da cooperação Sul-Sul entre os dois países e da a cooperação técnica da OPAS e de outros interessados diretos importantes.

Tracoma

- Em janeiro de 2017, a OMS validou a eliminação do tracoma da lista de problemas de saúde pública do México, que se tornou o terceiro país no mundo, e o primeiro na Região, a conquistar esse objetivo.

Transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis

Em junho de 2015, as Américas se tornaram a primeira região da OMS a realizar uma validação formal da conquista da eliminação, no nível nacional, da transmissão materno-infantil (TMi) do HIV e da sífilis. Em estreita colaboração com a OMS, a Repartição elaborou a estratégia e as ferramentas de validação, e a Diretora da RSPA nomeou um comitê de validação regional independente para empreender o processo com apoio de especialistas da Repartição e do UNICEF.

- Em junho de 2015, Cuba se tornou o primeiro país no mundo a receber da OMS a certificação da eliminação da TMi do HIV e da sífilis.
- Até meados de 2017, 22 países e territórios das Américas notificavam dados compatíveis com a eliminação da TMi do HIV, dos quais 20 apresentavam dados compatíveis com a eliminação da TMi da sífilis. Até meados de 2017, vários países do Caribe haviam apresentado solicitações de validação da dupla eliminação da TMi de uma ou de ambas as doenças. Anguila, Bermudas, Ilhas Cayman e Montserrat receberam a validação da OMS por haverem cumprido todos os objetivos e metas para a eliminação da TMi do HIV e da sífilis.

A OPAS tem monitorado o progresso dos Estados Membros durante o quinquênio (2010-2015) da *Estratégia e plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita* (documento [CD50/15](#)). O relatório mais recente, *Eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis nas Américas: Atualização 2016*, mostrou que o número de

novas infecções pelo HIV de crianças até 14 anos na América Latina e Caribe caiu 55% entre 2010 e 2015, passando de cerca de 4.700 para 2.100. Isso sugere que 28.000 infecções pelo HIV foram evitadas na América Latina e Caribe graças a intervenções para prevenir a TMi. Enquanto isso, o número de novos casos da síndrome da sífilis congênita dobrou na Região entre 2010 e 2015, passando de 10.850 para 22.800 crianças.

A Repartição iniciou a preparação de uma segunda fase da iniciativa de eliminação dupla para visar a TMi de outras infecções, como a hepatite B e a doença de Chagas. A iniciativa ampliada reforçará os esforços contra a TMi como parte integrante das intervenções para cumprir os ODS.

Rubéola e síndrome da rubéola congênita

- Em abril de 2015, o Comitê Internacional de Especialistas para a documentação e verificação da eliminação do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita na Região das Américas revisou as evidências epidemiológicas apresentadas pelos Estados Membros da OPAS e determinou que a Região havia eliminado a transmissão endêmica da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC). A rubéola e a SRC são a terceira e quarta doenças a serem eliminadas das Américas, após a varíola, eliminada em 1971, e a poliomielite, eliminada em 1994. Nos quatro casos, a Região das Américas foi a primeira do mundo a conseguir a eliminação.

Sarampo

- Em setembro de 2016, o Comitê Internacional de Especialistas declarou que o sarampo era a quinta doença viral imunoprevenível a ser eliminada da Região das Américas, a conclusão de um esforço de 22 anos que envolveu a vacinação em massa contra o sarampo, a caxumba e a rubéola nas Américas.

Poliomielite

- A Região tem trabalhado para manter sua condição de livre da poliomielite e, ao mesmo tempo, tem apoiado os esforços mundiais para a erradicação da poliomielite, conforme o *Plano estratégico mundial para a erradicação da poliomielite e a fase final*, formulado pela Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite e endossado pela 65^a Assembleia Mundial da Saúde em 2012. Um componente central desse plano é a retirada em definitivo da vacina trivalente oral contra a pólio (VOP) e o uso da vacina inativada contra a pólio (VIP) em um processo gradual. Os 32 países e territórios da Região que ainda não usavam a VIP passaram a adotá-la em seus calendários, e 36 trocaram a vacina trivalente pela VOP bivalente como parte da mudança progressiva. Um segundo componente principal do plano da fase final é a destruição ou a contenção de todos os poliovírus tipo 2 nos estabelecimentos essenciais, e o plano regional requer a contenção dos vírus tipo 1 e 3 da pólio selvagem. Os Estados Membros da OPAS estão em vias de apresentar relatórios sobre suas atividades de contenção.

Manutenção dos avanços relativos às doenças imunopreveníveis

164. O Programa Ampliado de Imunização (PAI) é um dos mais importantes avanços da Região em matéria de saúde pública. O programa, que na fase de inicial fornecia vacinas contra seis doenças da infância, foi ampliado e passou a incluir até 14 vacinas. Os países das Américas que se apoiam em evidências adequadas continuam a liderar na

introdução de novas vacinas contra o rotavírus, a doença pneumocócica e o papilomavírus humano (HPV).

165. Durante o período em análise, a cooperação técnica da OPAS ofereceu capacitação para o rápido monitoramento da cobertura e vigilância da vacinação bem como a análise de dados sobre as doenças imunopreveníveis. A iniciativa ProVac da OPAS continuou a ajudar os países a desenvolver a capacidade para tomar decisões com base científica sobre a introdução de novas vacinas. A ProVac capacita equipes nacionais para que conduzam suas próprias análises econômicas e proporciona importantes benefícios indiretos, como o aumento da colaboração entre as instituições nacionais, o planejamento mais eficaz para a introdução de vacinas, a melhoria da infraestrutura para tomar decisões e uma sólida plataforma para promover mais amplamente a tomada de decisões com base científica.

166. Como parte do enfoque integral da cooperação técnica da OPAS na área da imunização, o Fundo Rotativo da OPAS continuou a prestar apoio crucial aos avanços da Região na prevenção, controle e eliminação das doenças imunopreveníveis. O Fundo Rotativo fornece linhas de crédito e faz compras em grandes quantidades em nome dos Estados Membros para assegurar o abastecimento contínuo de vacinas e seringas de alta qualidade para os programas nacionais de imunização. Além disso, o Fundo também contribuiu para a introdução de novas vacinas. Os avanços dignos de nota foram as bem-sucedidas negociações da Repartição para que as duas vacinas contra o HPV disponíveis atualmente no mercado pudessem ser adquiridas por meio do Fundo a preços reduzidos, e a inclusão da vacina antirrábica para cães no Fundo, com o objetivo de apoiar a eliminação da raiva na Região. Quarenta e um países e territórios agora participam do Fundo Rotativo, que se tornou um exemplo para outras organizações internacionais e regiões da OMS de um mecanismo eficaz para assegurar o abastecimento ininterrupto de vacinas acessíveis e de qualidade. Entre os elementos essenciais da cooperação técnica da OPAS nessa área, destacam-se o aumento da consciência dos Estados Membros sobre a dinâmica e os desafios do mercado mundial de vacinas, o apoio ao planejamento da demanda e a garantia da disponibilidade oportuna de vacinas e provisões de qualidade.

167. Os crescentes custos associados à introdução de vacinas novas e mais caras e a expansão das populações-alvo exige uma análise cuidadosa da eficiência em relação aos custos ao elaborar os planos de ação anuais do PAI. Em resposta às preocupações dos Estados Membros com a sustentabilidade programática e a demonstração do uso eficaz dos recursos para facilitar o êxito na captação de recursos, a Organização revisou o modelo do PAI adotado na década de 1970. A revisão teve por objetivo assegurar a uniformidade na notificação e desenvolver um método mais robusto para definir orçamentos por meio de exercícios periódicos de cálculo das intervenções do PAI.

168. A OPAS também lançou uma nova ferramenta que acompanha o plano de ação do PAI, denominada COSTVAC, que auxilia as equipes na coleta de dados sobre os custos da imunização em todos os níveis do programa e permite estimar o custo total do

programa de vacinação em um dado ano para que sejam elaborados orçamentos mais precisos. Honduras foi um dos primeiros países do mundo a realizar uma análise integral dos custos da imunização rotineira usando a COSTVAC. Os resultados da análise foram essenciais para a formulação dos planos de sustentabilidade até o país deixar de recorrer ao financiamento fornecido pela Aliança Gavi, a aliança das vacinas. O Fundo Rotativo da OPAS fortaleceu sua colaboração com a Gavi, apoiando, em especial, o processo de compras e contribuindo para a exitosa transição de alguns países que deixaram de necessitar do apoio da Gavi. Desde 30 de abril de 2017, seis países na Região foram aprovados para receber diversos tipos de apoio da Aliança Gavi: Bolívia, Cuba, Guiana, Haiti, Honduras e Nicarágua.

169. A cooperação técnica da RSPA para a melhoria da relação custo-benefício dos programas de vacinação também passa pela orientação sobre o uso de novas tecnologias da informação e comunicação, dada a importância de trabalhar com informações oportunas de qualidade e com análises de dados para a tomada de decisões com base científica. Os Estados Membros estão usando cada vez mais os painéis de gestão e os registros eletrônicos de imunização, inovações que podem melhorar o monitoramento da cobertura da vacinação. Contudo, é importante assegurar que esses registros eletrônicos sejam desenvolvidos no contexto das estratégias nacionais de e-Saúde, sejam operacionalmente compatíveis com outros sistemas de informação para a saúde e sejam devidamente implementados, avaliados e financiados.

170. Desde seu lançamento, em 2003, a Semana de Vacinação nas Américas (SVA), um evento anual, se tornou a maior iniciativa regional de saúde das Américas. A semana permitiu vacinar mais de meio bilhão de pessoas na Região, especialmente populações vulneráveis e de difícil acesso. Cada vez mais, os Estados Membros da OPAS têm usado a SVA para combinar a imunização com outras intervenções de saúde pública, como desverminação e suplementação de vitamina A, a triagem do diabetes e da hipertensão, o teste de HIV, a educação para a saúde sexual e reprodutiva e a vacinação de animais domésticos. Entre os parceiros da SVA, já figuraram o UNICEF, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS), o PNUD, o Instituto de Vacinas Sabin e os CDC dos Estados Unidos. A SVA serviu de inspiração e modelo para a iniciativa mundial respaldada pela OMS, a Semana Mundial da Imunização, realizada pela primeira vez em 2012 e que também ocorre anualmente. A 15^a Semana de Vacinação nas Américas, realizada de 22 a 29 de abril de 2017, concentrou-se em fazer com que as vacinas chegassem aos grupos indígenas, às áreas rurais e às populações que viviam em zonas de fronteira.

Resposta à infecção pelo HIV, às infecções sexualmente transmissíveis, à tuberculose e à hepatite

Infecção pelo HIV e infecções sexualmente transmissíveis

171. Foram alcançados avanços consideráveis na resposta ao HIV e a outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). A avaliação intermediária do *Plano regional de*

HIV/IST para o setor da saúde 2006-2015 indicou que, no período 2005-2011, a incidência estimada de infecções pelo HIV na América Latina e Caribe diminuiu de 21,1 para 19,1 casos por 100.000 habitantes. Além disso, entre 2001 e 2011, houve uma diminuição de 38% e 60% dos casos pediátricos de HIV na América Latina e no Caribe, respectivamente.

172. A estimativa é que, em 2014, dois milhões de pessoas vivessem com o HIV na América Latina e Caribe (1,7 milhão na América Latina e 289.000 no Caribe), das quais 46.000 eram crianças (até 14 anos de idade). A cobertura da terapia antirretroviral (TAR) entre a população que, segundo as estimativas, vivia com o HIV na América Latina e Caribe aumentou significativamente, passando de 8% em 2000 para 55% ao fim de 2015 (56% em América Latina e 52% no Caribe), a maior cobertura alcançada em contextos de renda baixa e média na escala mundial. Apenas no período de 2012 a 2015, a cobertura da TAR aumentou 16%. Ao fim de 2014, a porcentagem de crianças (até 14 anos de idade) que, segundo as estimativas, viviam com o HIV e que recebiam a TAR era de 81% na América Latina e 35% no Caribe. Esse aumento da cobertura de TAR levou a uma diminuição significativa na mortalidade relacionada com a AIDS na América Latina e Caribe, com uma redução de 25% entre os adultos no período de 2012 a 2015. Entre 2000 e 2014, a diminuição entre as crianças foi de 78%.

173. A OPAS reorientou sua cooperação técnica quanto ao HIV/IST, priorizando a otimização da atenção e do tratamento das pessoas com HIV, a eliminação da TMi do HIV e da sífilis congênita, a prevenção e atenção dirigidas às populações-chave e a geração de uma ampla gama de informações estratégicas. Nesses esforços, a Organização:

- a) Lançou a iniciativa *Tratamento 2.0* para aumentar a eficiência e a eficácia do tratamento do HIV e da atenção mediante a otimização do uso de medicamentos antirretrovirais, a ampliação do acesso a meios de diagnóstico nos locais onde os pacientes recebem tratamento, a adaptação dos modelos de prestação de atendimento e a mobilização da participação da comunidade;
- b) Associou-se ao Fundo Global para fortalecer a capacidade de compra e de gestão da cadeia de suprimento dos países, reduzindo os estoques de medicamentos antirretrovirais e de produtos de saúde correlatos, bem como para criar uma nova plataforma regional para o monitoramento dos antirretrovirais, gerida pelo Fundo Estratégico da OPAS;
- c) Associou-se ao CDC dos Estados Unidos para ajudar os países a rever e revisar os algoritmos dos teste de sífilis e iniciar testes nos locais de atendimento;
- d) Desenvolveu um módulo de capacitação para profissionais da saúde sobre a integração do gênero e dos direitos humanos nos serviços relacionados ao HIV e à saúde sexual e reprodutiva;
- e) Colaborou com a Comissão de Saúde da Assembleia Nacional da Nicarágua e ofereceu perícia técnica para uma consulta nacional, que contribuiu para a

aprovação, pela Assembleia, de uma nova lei que garante os direitos dos portadores do HIV.

Melhoria do tratamento e atendimento de pacientes com HIV: Tratamento 2.0

A otimização da TAR no Tratamento 2.0 se baseia nos seguintes princípios: o uso racional dos medicamentos antirretrovirais (ARV); a simplificação e padronização dos regimes ARV nas diferentes populações; a revisão das diretrizes nacionais segundo as mais recentes evidências científicas e recomendações mundiais da OMS, a inovação na seleção de medicamentos e a administração de doses fixas de combinações medicamentosas para promover a adesão ao tratamento durante toda a vida. A ampliação do acesso a medicamentos ARV genéricos e do seu uso tem baixado os custos das TAR, permitindo aos países aumentar a escala dos programas de TAR em resposta aos critérios de seleção mais amplos recomendados pela OMS em 2013 e, posteriormente, adotar o enfoque de “tratar todos” recomendado em 2016 (ou seja, submeter todos os infectados pelo HIV à TAR).

A RSPA organizou consultas sub-regionais para preparar a implementação da plataforma *Tratamento 2.0* e, posteriormente, foram realizadas missões em 12 países.³¹ As missões reuniram perspectivas técnicas, programáticas e financeiras, e usaram um enfoque estruturado para identificar e abordar as barreiras à ampliação e sustentabilidade dos programas de TAR. As equipes da missão foram compostas por funcionários da RSPA (especialistas em HIV, TB, medicamentos e tecnologias, sistemas de saúde e o Fundo Estratégico da OPAS), do UNAIDS e outros organismos das Nações Unidas, do Fundo Global; de parceiros bilaterais — como os CDC dos Estados Unidos, o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Combate à AIDS (PEPFAR) e a USAID — bem como da sociedade civil. Conduzidas pelos programas nacionais de combate à AIDS, as missões colaboraram com as autoridades responsáveis pelos programas nacionais contra a tuberculose; funcionários das áreas de previdência social, compras, planejamento e finanças; organismos reguladores; a comunidade acadêmica e outros representantes da sociedade civil; organizações profissionais e o setor privado.

Entre os resultados dessas missões, destacam-se a atualização das diretrizes de tratamento, alinhadas com as recomendações da OMS, a otimização do uso dos planos de TAR para reduzir o número de regimes, o aumento do uso de combinações medicamentosas de dose fixa para mudar os pacientes para os novos regimes recomendados, um aumento significativo no uso do Fundo Estratégico da OPAS para efetuar compras dos antirretrovirais e de outros produtos primários e o fortalecimento da participação da sociedade civil e de organizações de pacientes.

A implementação do *Tratamento 2.0* representa um enfoque inovador e participativo da colaboração e participação de um grupo maior de interessados diretos de diversos setores, e tem aumentado a liderança e a visibilidade da RSPA. Agora, a Organização é reconhecida como uma parceira de cooperação técnica essencial para assegurar que os países venham a adotar um enfoque atualizado na prevenção e controle do HIV, principalmente à medida que elaboram novas propostas para o Fundo Global.

³¹ Argentina, Bolívia, El Salvador, Equador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai, República Dominicana, Uruguai e Venezuela.

174. Durante o período em análise, Barbados e cinco dos países-chave da OPAS — Guatemala, Guiana, Nicarágua, Paraguai e Suriname — solicitaram à RSPA que realizasse missões técnicas conjuntas ou avaliações para avaliar a resposta nacional desses países ao HIV, inclusive os princípios da atenção e tratamento da iniciativa *Tratamento 2.0*. Os países também solicitaram uma análise integral de seus sistemas de saúde em resposta ao HIV/IST, bem como recomendações. Essas missões e avaliações conjuntas foram essenciais para ajudar os países a fazer face aos desafios financeiros e técnicos de impulsionar o acesso universal aos serviços relacionados ao HIV, promover a inovação e melhorar a qualidade, a eficiência, a eficácia e a sustentabilidade dos programas de prevenção, atenção e tratamento do HIV. Até meados de 2017, a Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Estados Unidos, México, Panamá, Paraguai e Peru tinham revisado e adaptado as normas de procedimento à recomendação da OMS de “tratar todos”, enquanto as Bahamas, Bolívia, Haiti, Jamaica, Suriname e Trinidad e Tobago planejavam adotar essa recomendação em 2017.

175. Sob a liderança da RSPA e da UNAIDS, em 2015 os Estados Membros se comprometeram em alcançar, até 2030, metas ambiciosas de prevenção do HIV, com determinados marcos intermediários a serem alcançados até 2020. Desde dezembro de 2016, foram realizadas avaliações de países, com a análise dos nacionais, a elaboração de folhetos informativos dos países e a realização de eventos presenciais para celebrar o dia nacional de prevenção da infecção pelo HIV na Argentina, Colômbia, Equador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Paraguai. Também houve reuniões sobre a prevenção da infecção pelo HIV no Brasil, Costa Rica, Panamá, República Dominicana e Trinidad e Tobago. Esse processo, que permite o intercâmbio de boas práticas, acelera a análise de estratégias e políticas nacionais na área da prevenção e resultará em uma publicação regional sobre a prevenção dessa infecção na América Latina e Caribe, que será oferecida como ferramenta aos encarregados das políticas e do planejamento dos programas.

176. Em 2016, o 55º Conselho Diretor da OPAS aprovou o novo *Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021* (documento [CD55/14](#)), que se baseia nos avanços do plano regional anterior (referente a 2006-2015) e na *Estratégia e plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita*. O plano de 2016-2021 insta os Estados Membros a aumentar e otimizar os investimentos em resposta ao HIV e às IST e formula ações para que a AIDS e as DST deixem de ser problemas de saúde pública nas Américas até 2030. Ao fim de 2016, 19 países e territórios³² haviam elaborado estratégias nacionais que apresentavam um alinhamento entre as metas nacionais e regionais. Até meados de 2017, os países estavam em vias de atualizar as estratégias que se aproximavam do seu prazo de conclusão, usando como modelo os documentos de orientação da OMS, do UNAIDS e da OPAS.

³² Anguilla, Antígua e Barbuda, Belize, Brasil, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Guiana, Haiti, Ilhas Turcas e Caicos, Ilhas Virgens Britânicas, México, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, São Cristóvão e Névis e Suriname.

Tuberculose

177. Até 2013, a Região das Américas já havia alcançado e ultrapassado as metas mundiais da Parceria Stop TB, de reduzir o número de casos de tuberculose e de mortes por essa doença em 50% até 2015. Em 2015, houve cerca de 268.200 casos de TB nas Américas, o equivalente a 27 casos por 100.000 habitantes. Contudo, a tuberculose multirresistente e a coinfeção pelo bacilo da tuberculose e pelo HIV continuam a ser grandes desafios para a Região. A TB afeta principalmente as populações mais pobres, e dados nacionais de vários países indicam que a doença se concentra nas grandes cidades, nas quais a urbanização acelerada levou à criação de favelas urbanas onde os residentes são altamente vulneráveis à doença.

178. Durante o período em análise, vários países implementaram programas nacionais para o tratamento de casos de tuberculose multirresistente recomendado pela OPAS, passaram a usar novas tecnologias para o diagnóstico da TB (GeneXpert e ensaio com sonda em linha (LiPA)) e adotaram abordagens especiais para controlar a tuberculose nas populações indígenas. O Suriname adotou um novo plano estratégico nacional para o controle da tuberculose. Um novo centro de excelência regional para a tuberculose foi inaugurado em El Salvador para capacitar novos funcionários dos programas contra a tuberculose na implementação da Estratégia Stop TB.

179. Em parceria com a USAID, a OPAS desenvolveu uma estrutura inovadora para o controle da tuberculose nas grandes cidades que procura envolver as autoridades nacionais e locais na luta contra a doença. A iniciativa incorpora abordagens intersetoriais que envolvam toda a sociedade, a atenção aos determinantes sociais da saúde e a proteção social para as pessoas com TB e suas famílias. A iniciativa teve testes-piloto em três cidades em 2014: Bogotá (Colômbia); Guarulhos (Brasil) e Lima (Peru). As intervenções abrangiam a participação de vários prestadores de serviços de saúde nas atividades de controle da tuberculose, a incorporação de outros agentes sociais em atividades de controle e a integração com outros programas no nível da atenção primária. Em 2016, outras quatro cidades passaram a fazer parte da iniciativa: Cidade da Guatemala (Guatemala); Tijuana (México); Assunção (Paraguai) e Montevideu (Uruguai). Outras três cidades estão programadas para participar: San José (Costa Rica); Santiago (Chile) e Guayaquil (Equador). A iniciativa gerou forte compromisso político e participação ativa por parte de autoridades de diferentes setores da sociedade civil e do setor privado. Pela primeira vez, esse compromisso se traduziu em alocações orçamentárias de recursos municipais para o controle da tuberculose, o que promove bons resultados e a sustentabilidade.

180. A Repartição coordenou avaliações para verificar o progresso rumo à eliminação da TB nos países membros da Organização dos Estados do Caribe Oriental (OECS), com apoio do Comitê Sinal Verde (GLC, na sigla em inglês) do Fundo Global. Além disso, coordenou uma reunião dos diretores dos respectivos programas nacionais de tuberculose e HIV para examinar os resultados e identificar maneiras de impulsionar a eliminação da TB em seus países. A RSPA também prestou cooperação técnica para o desenvolvimento

de uma iniciativa regional voltada para o fortalecimento das redes de laboratórios de TB em 20 Estados Membros e a melhoria da capacidade de três laboratórios da rede supranacional de laboratórios de referência contra a TB nas Américas, na Argentina, Chile e México. Essa iniciativa é financiada pelo Fundo Global, e o Organismo Regional Andino de Saúde – Convênio Hipólito Unanue (ORAS/CONHU) atua como principal beneficiário da subvenção regional de três anos, que termina em dezembro de 2019. A OPAS atua como adjudicatário secundário por meio de um acordo assinado em março de 2017.

Hepatites virais

181. A falta de informações estratégicas robustas sobre as hepatites virais na Região tem limitado a plena compreensão da carga de doença e impedido o desenvolvimento de uma resposta de saúde pública. Em 2013, a OPAS incluiu as hepatites virais como uma área de trabalho dentro de uma unidade estabelecida recentemente e que trata do HIV, das IST, da TB e das hepatites virais. Em 2015, o 54º Conselho Diretor aprovou o *Plano de ação para prevenção e controle das hepatites virais* (documento [CD54/13, Rev. 1](#)). O plano dá continuidade à estrutura regional existente para o combate da hepatite viral nas Américas e a amplia. Suas linhas estratégicas são: promover uma resposta abrangente e integrada, fomentar o acesso equitativo à atenção preventiva, fomentar o acesso equitativo à atenção clínica, fortalecer as informações estratégicas e fortalecer a capacidade laboratorial para possibilitar o diagnóstico, a vigilância e o fornecimento de sangue seguro.

182. Para apoiar a implementação do plano de ação regional e fazer face à escassez de dados e informações, em 2015 a OPAS organizou uma consultoria técnica sobre as informações, a vigilância e o monitoramento estratégicos relacionados às hepatites virais. A consulta levou à publicação de uma estrutura de monitoramento para as hepatites B e C, com uma lista dos indicadores e definições recomendados para uso durante o estabelecimento de sistemas em âmbito nacional. Em 2016, a OPAS organizou duas consultas sub-regionais sobre informações estratégicas, a primeira com Cuba e os países da América do Sul e a segunda com países centro-americanos e a República Dominicana. Esses eventos sub-regionais avaliaram e reexaminaram as políticas e práticas para a elaboração de respostas de saúde pública às hepatites virais, com forte ênfase nas informações estratégicas e nos sistemas pertinentes.

183. A OPAS também elaborou um protocolo de prospecção de grandes volumes de dados que permite aos países coletar dados e informações que talvez estejam disponíveis, mas que se encontram dispersos por todo o sistema de saúde. Esses dados são usados para desenvolver relatórios de referência que destacam as lacunas e os obstáculos nos sistemas de informação em saúde e embasam a elaboração de respostas de saúde pública. Até meados de 2017, a Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, El Salvador, Panamá, Paraguai e Peru haviam publicado relatórios com base nesse protocolo, e a Guatemala, Honduras, Haiti e Jamaica estavam na etapa de coleta e análise de dados. Vinte e um países estabeleceram uma estrutura organizacional em seus ministérios da saúde para coordenar

a resposta às hepatites virais, e 15 finalizam uma estratégia ou plano nacional para a prevenção e o controle da doença. Em 2016, a OPAS publicou o documento *Las hepatitis B y C bajo la lupa*, o primeiro relatório sobre as hepatites virais B e C nas Américas. O relatório oferece um panorama das epidemias virais de hepatite na Região e da resposta do setor de saúde, e avalia o progresso rumo à consecução das metas do *Plano de ação para prevenção e controle das hepatites virais*.

184. O Fundo Estratégico da OPAS apoiou as respostas dos países às hepatites virais ao negociar preços mais baixos para novos antivirais de ação direta, que têm preços mais altos, mas apresentaram índices de cura de mais de 90% no caso da hepatite C crônica. Em 2017, a Colômbia se tornou o primeiro país a iniciar o processo de compra desses antivirais por meio do Fundo Estratégico.

185. O Brasil será o anfitrião da Cúpula Mundial de Hepatites, em São Paulo, no mês de novembro de 2017. A Cúpula é um evento mundial de alto nível organizado em conjunto pela OMS e pela Aliança Mundial de Hepatites para impulsionar a agenda de saúde pública contra as hepatites. A OPAS está contribuindo para os preparativos do evento, que deve aumentar a resposta às epidemias de hepatites, inclusive por meio do reforço dos compromissos políticos e parcerias entre a sociedade civil — incluídas a comunidade acadêmica e as associações profissionais — e as instituições de saúde pública. A expectativa é que a considerável sinergia com os programas de combate à infecção pelo HIV proporcione uma plataforma apropriada para desencadear a resposta da saúde pública.

Avanço na prevenção e controle da malária e das doenças infecciosas negligenciadas

O trabalho para eliminar a malária

186. Apesar de a malária permanecer endêmica em 21 dos Estados Membros da OPAS, vários países alcançaram a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM 6), de reduzir a incidência da doença e as mortes causadas por ela, tendo havido uma redução de 62% no número de casos e de 61% no de mortes no período 2000-2015. No entanto, em 2015 houve um aumento do número de casos notificados em sete países — Colômbia, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Peru, República Dominicana e Venezuela — levando esses países a atualizar seus planos estratégicos contra a malária, fortalecer seus sistemas de vigilância e melhorar suas capacidades de resposta rápida.

187. A Repartição passou a participar oficialmente como parceira do Consórcio para a Eliminação da Malária no Haiti, lançado em fevereiro de 2015 para apoiar a eliminação da malária na ilha Hispaniola, por meio de uma subvenção oferecida pela Fundação Bill e Melinda Gates. O Consórcio abarca os CDC dos Estados Unidos (principal organismo), a OPAS, o Carter Center, a Clinton Health Access Initiative, a Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres e o Center for Applied Malaria Research and Evaluation

da Tulane University. O trabalho do Consórcio ajudará a alcançar as metas da iniciativa de eliminação da malária e do plano binacional do Haiti e da República Dominicana para eliminar a malária e a filariose linfática da ilha Hispaniola até 2020.

188. O Escudo das Guianas, que abrange o Brasil setentrional, uma pequena parte da Colômbia oriental, a Guiana Francesa, a Guiana, o Suriname e os estados venezuelanos de Bolívar e Amazonas, é conhecido por suas reservas de ouro. A mineração é uma importante fonte de empregos e favorece a movimentação transfronteiriça de pessoas em áreas propícias à transmissão da malária, mas com acesso limitado a serviços de saúde. Os países do Escudo da Guiana fortaleceram a coordenação transfronteiriça de seus métodos de controle da malária e, dado o aumento na incidência da malária na Guiana e na Venezuela, a OPAS promoveu uma estrutura estratégica que destaca o risco de surgimento e propagação da resistência antimalárica nessa região e apoia a eliminação da malária causada pelo *Plasmodium falciparum*. Na Guiana Francesa, a OPAS também colaborou estreitamente com o Instituto Pasteur, que fora designado centro colaborador da OMS para a malária.

189. Os Estados Membros adotaram oficialmente o *Plano de ação para a eliminação da malária 2016-2020* (documento [CD55/13](#)) durante o 55º Conselho Diretor da OPAS, em setembro de 2016. Até meados de 2017, 20 dos 21 países da Região onde a malária é endêmica haviam expressado seu compromisso de eliminar a doença, e 14 haviam elaborado planos ou roteiros nacionais para a eliminação da malária. Na Argentina, o processo de certificação da eliminação da malária teve início em 2015 e, no Paraguai, em 2016. Outros seis países — Belize, Costa Rica, El Salvador, Equador, México e Suriname — estão entre os 21 países no mundo que teriam a possibilidade de alcançar zero casos autóctones de malária até 2020.

190. Desde 2007, a OPAS observa o Dia da Malária nas Américas no mês de novembro, no intuito de promover a conscientização, reconhecer os esforços passados e atuais, fortalecer o compromisso e mobilizar ações rumo à eliminação da doença. A Organização também tem reconhecido e promovido “boas práticas” relativas à malária por meio do concurso *Malaria Champions of the Americas*, organizado em coordenação com a Fundação das Nações Unidas, o Instituto Milken da Faculdade de Saúde Pública da George Washington University e o Centro para Programas de Comunicação da Faculdade Bloomberg de Saúde Pública da Johns Hopkins University e o Consórcio Mundial de Saúde da Faculdade Stempel de Saúde Pública e Obras Sociais da Florida International University. Os vencedores e os finalistas são anunciados no Dia da Malária nas Américas, quando se destacam as inovações no nível nacional. Entre os países premiados, figuram o Brasil, a Colômbia e a República Dominicana em 2013; a República Dominicana, a Guatemala e Honduras em 2014; o Brasil e Honduras em 2015; e a Costa Rica, El Salvador e o Suriname em 2016.³³

³³ Informações, em inglês, sobre o concurso podem ser acessadas em <http://www.paho.org/campeonesmalaria/?lang=en>.

191. Apesar dos muitos avanços, a transmissão da malária aumentou em alguns países em 2016, principalmente na Colômbia, Equador, Nicarágua e Venezuela. Isso se deu, sobretudo, pelas condições ambientais, sociais, políticas e econômicas nas zonas afetadas e confirma a fragilidade dos avanços. Os esforços para eliminar a malária enfrentam dificuldades relacionadas com a capacidade para alcançar as populações itinerantes, as comunidades fronteiriças e outros grupos vulneráveis; os efeitos das emergências, dos desastres e das epidemias; e questões ligadas à escassez de medicamentos e gestão da cadeia de suprimento.

Mobilização de recursos do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária

192. Uma área fundamental da cooperação técnica da OPAS com os Estados Membros na prevenção e controle de doenças infecciosas é a mobilização de recursos do Fundo Global. Para o ciclo de financiamento correspondente ao período 2014-2016, um total de 37 propostas de financiamento procedentes da Região das Américas foram apresentadas ao Fundo Global e todas foram aprovadas. Com isso, a Região recebeu US\$ 626 milhões em novos recursos para a luta contra o HIV, a TB e a malária. Esse financiamento contribuiu para, entre outras intervenções, iniciativas em três dos países-chaves da Organização: Haiti, onde a alta prevalência do HIV e da TB foi reduzida; Honduras, onde os casos de malária transmitidos localmente diminuíram e foi alcançada a meta de zero casos de malária causada pelo *P. falciparum* até 2017; e Suriname, onde o diagnóstico, o tratamento e a vigilância da malária foram melhorados e ampliados, sobretudo nas áreas de mineração. Até abril de 2017, sete novas propostas de seis países haviam sido submetidas ao Fundo Global para enfrentar dificuldades específicas relacionadas à infecção pelo HIV (Cuba, Guiana, Nicarágua e Paraguai), ao HIV e à TB (Haiti) e à malária (Haiti e Honduras).

193. A cooperação técnica da OPAS abordou a avaliação epidemiológica, a revisão dos programas nacionais, a análise das deficiências programáticas e dos déficits de financiamento e a elaboração de planos estratégicos nacionais, com apoio contínuo durante a fase de implementação dessas propostas, tendo por base as necessidades específicas de cada país. A RSPA desempenhou a função crucial de coordenar os interessados diretos e assegurar a validade técnica de um conceito e de uma proposta final para a Eliminação da Malária na Meso-América e na ilha Hispaniola. No âmbito dessa iniciativa regional apoiada pelo Fundo Global, Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana (quatro deles países-chaves da OPAS) se beneficiaram de capital inicial para acelerar a eliminação da malária. A Repartição organizou uma segunda rodada de missões para verificar os dados da malária em nove países participantes e observou que, na maioria deles, houve uma melhoria geral na qualidade dos sistemas de vigilância; uma segunda subvenção para essa iniciativa foi aprovada em 2016.

194. No âmbito da estratégia do Fundo Global para o período 2017-2022 que pretende investir para erradicar epidemias, os 17 países da América Latina e Caribe que reúnem os

requisitos necessários poderão acessar um novo financiamento, perfazendo um total de US\$ 303,3 milhões no período 2017-2019. Contudo, durante esse período, oito países — Belize, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Panamá, Paraguai, República Dominicana e Suriname — deixarão de preencher os requisitos para receber recursos do Fundo Global. A cooperação técnica da OPAS contribuirá para identificar e captar outros recursos para manter os avanços alcançados nesses países.

Eliminação das doenças infecciosas negligenciadas

195. Durante o período em análise, vários países lançaram novos planos de ação e intervenções nacionais para o controle e a eliminação das doenças infecciosas negligenciadas:

- a) O Haiti ofereceu tratamento contra a filariose linfática a cerca de 8 milhões de pessoas, o que representa cerca de 60% da população em situação de risco de contrair essa doença nas Américas. Ao fim de 2016, 46 comunas (uma população de 3,1 milhões) do país satisfaziam os critérios para encerrar a administração de medicamentos em massa e haviam entrada na fase de vigilância para a eliminação.
- b) Até 2016, Brasil e República Dominicana também haviam interrompido a transmissão da filariose linfática na maioria das suas zonas originalmente endêmicas, e apenas um de vários focos continuava ativo em ambos os países.
- c) Em julho de 2017, uma missão da OPAS à Guiana verificou que tinha havido progresso considerável rumo à eliminação da filariose linfática e fez recomendações para acelerar os esforços atuais.
- d) A Colômbia lançou uma nova campanha para oferecer cirurgias de correção da triquíase tracomatosa (crescimento das pestanas para dentro, causado pelo tracoma), evitar a cegueira e acelerar a eliminação do tracoma. Em 2015 e 2016, outros focos de transmissão foram descobertos em populações indígenas na região amazônica, e a Estratégia SAFE (cirurgia, antibióticos, higiene facial e melhoria ambiental) foi implementada com cooperação técnica da OPAS.

196. Vários países elaboraram planos de ação para o controle de geo-helmintos; Honduras e Paraguai, dois dos países-chaves da OPAS, lançaram campanhas de vermifugação em massa, enquanto o Brasil executou uma campanha dirigida a crianças em idade escolar para tratar geo-helmintos, detectar e tratar sintomas precoces da hanseníase e detectar o tracoma em crianças de alto risco. Em 2014, 8,7 milhões de crianças em idade pré-escolar (67% da população em risco) receberam tratamento contra geo-helmintos em nove países, e 27,2 milhões de crianças em idade escolar (81% da população de risco) foram desparasitados em 12 países, sendo que dez países recebem doações da OMS regularmente, com o apoio da OPAS, para a aquisição de anti-helmínticos. A OPAS também prestou cooperação técnica para documentar a eliminação da esquistossomose em determinados países do Caribe.

197. A RSPA combinou seus conhecimentos especializados sobre as doenças infecciosas negligenciadas e as doenças imunopreveníveis para apoiar a integração da eliminação de geo-helminhos às atividades de imunização realizadas durante a Semana de Vacinação nas Américas de 2014. Como resultado, Honduras implementou sua primeira campanha nacional para desparasitar e vacinar crianças, e a Nicarágua incorporou um novo componente de monitoramento rápido da cobertura a sua campanha, em andamento, para a desparasitação e vacinação de crianças menores de 5 anos. No Suriname, o plano no âmbito do PAI para o período 2017-2021 abrange o controle de geo-helminhos, e serão realizadas atividades relacionadas em paralelo com o programa de vacinação, no âmbito da iniciativa dos sistemas integrados de saúde na América Latina e Caribe no período 2016-2019. Essa iniciativa é resultado de uma parceria entre a OPAS e o Departamento de Relações Exteriores, Comércio e Desenvolvimento do Canadá.

198. O número de casos de raiva humana tem diminuído desde a implementação do *Programa regional de eliminação da raiva humana transmitida pelo cão*, em 1983. Durante o período em análise, a cooperação técnica da RSPA contribuiu para fortalecimento de laboratórios para diagnosticar a raiva no Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Haiti, Peru e República Dominicana por meio de capacitação e do estabelecimento de uma nova rede de laboratórios de diagnóstico de raiva. A Repartição também cooperou com o Haiti e a República Dominicana para atualizar seus programas de controle da raiva transmitida por cães. Em 2016, 12 casos de raiva humana transmitida por cães foram notificados por três países da América Latina e Caribe (Bolívia, Guatemala e Haiti).

199. A cooperação técnica da OPAS ajudou ainda mais a melhorar as capacidades para o controle da raiva graças a acordos assinados durante vários eventos importantes: uma reunião dos diretores dos programas de combate à raiva nas Américas; um seminário sobre vigilância, prevenção e controle da raiva, do qual participaram países centro-americanos, e o lançamento do plano de controle da raiva para a sub-região andina, que priorizou a Bolívia, um país-chave da OPAS. Graças à cooperação técnica do Centro Pan-Americano de Febre Aftosa da OPAS (PANAFTOSA), a vigilância, a prevenção e o controle da raiva, tanto em seres humanos como em animais, foram fortalecidos em 18 países.³⁴ A cooperação técnica da RSPA vem contribuindo para o fortalecimento de campanhas nacionais de vacinação em massa de cães em El Salvador, na Guatemala e na Nicarágua. No Haiti, o acesso a tratamento profilático humano pós-exposição melhorou por meio da capacitação dos profissionais de saúde, do fornecimento de diretrizes de tratamento e da doação de vacinas antirrábicas humanas pelo Brasil e Paraguai, em uma demonstração de solidariedade e pan-americanismo.

200. Durante o 55º Conselho Diretor da OPAS em 2016, os Estados Membros endossaram o *Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022* (documento [CD55/15](#)), que fornece a estrutura geral e o

³⁴ Belize, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Equador, Guatemala, Haiti, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela.

mandato político para o trabalho de controle e prevenção das doenças infecciosas negligenciadas na Região durante esse período. Um desafio constante, porém, é o limitado compromisso político para atingir as metas de controle e eliminação de doenças infecciosas negligenciadas específicas em determinados países.

Intervenção para eliminar o cólera na ilha Hispaniola

201. Em janeiro de 2010, um terremoto devastador abalou o Haiti. Dez meses depois, o país vivenciou uma das maiores epidemias de cólera da história moderna. A transmissão do cólera na ilha Hispaniola desacelerou significativamente desde as etapas iniciais da epidemia, porém o Haiti e a República Dominicana continuam a enfrentar a doença. No início de 2012, os presidentes desses dois países se comprometeram a implementar atividades que pudessem levar à eliminação do cólera na ilha Hispaniola. Com apoio técnico da OPAS, do UNICEF e dos CDCs dos Estados Unidos, os dois líderes publicaram um chamado à ação por uma Hispaniola livre do cólera. O Ministério da Saúde Pública e População do Haiti e sua Direção Nacional de Água Potável e Saneamento (DINEPA), em colaboração com a OPAS, o UNICEF e os CDC dos Estados Unidos, elaboraram um *Plano nacional para a eliminação do cólera no Haiti 2013-2022*. O plano nacional destaca quatro áreas de ação: água e saneamento, vigilância epidemiológica, promoção da saúde para a mudança de comportamento e atenção às pessoas infectadas presentes nas instituições de saúde. Desde o início, a cooperação técnica da RSPA abordou o controle e a eliminação do cólera e previa a colaboração direta entre os escritórios da OPAS e da OMS no Haiti e na República Dominicana, a captação de recursos e a facilitação de assistência técnica adicional por meio da Coalizão Regional para Água e Saneamento para Eliminar o Cólera na Ilha Hispaniola, para a qual a RSPA atua como secretaria. A OPAS tem apoiado a caracterização da dinâmica do cólera no Haiti por meio do aperfeiçoamento das capacidades de vigilância. O objetivo é fortalecer as intervenções direcionadas, como o uso da vacina anticolérica oral, a sensibilização da população e atividades relacionadas como a água e o saneamento.

Coalizão Regional sobre Água e Saneamento para a Eliminação do Cólera na Ilha Hispaniola

A Coalizão foi criada em junho de 2012 pela OPAS, em parceria com o UNICEF, os CDC dos Estados Unidos, a Agência Espanhola de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional (AECID) e a Associação Interamericana de Engenharia Sanitária e Ambiental (AIDIS).

Foi lançada durante o 33º Congresso da AIDIS, na Bahia (Brasil), e sua criação foi uma resposta ao “chamado à ação” de 2012 feito pelos governos do Haiti e da República Dominicana para que a comunidade internacional captasse recursos para fazer grandes e novos investimentos em água e saneamento com o objetivo de eliminar o cólera. Com a cooperação técnica da Coalizão, ambos os países elaboraram planos de ação nacionais detalhados para eliminar a doença até 2022. O plano do Haiti requer investimentos da ordem de US\$ 2,2 bilhões durante 10 anos, com US\$ 443,7 milhões nos dois primeiros anos, enquanto o plano da República Dominicana, US\$ 77 milhões em investimentos durante 10 anos, com US\$ 33 milhões nos dois primeiros anos.

O número de casos de cólera notificados no Haiti caiu de 340.311 em 2011 para 58.809 em 2013 e 41.421 em 2016, uma redução geral da ordem de 87,8%. Graças às melhorias na detecção e no tratamento rápido, a taxa de letalidade diminuiu de 2,2% no começo da epidemia em 2010 para 1,1% em 2016. Na República Dominicana, o número de casos notificados apresentou uma tendência semelhante, caindo de 20.851 em 2011 para 1.954 em 2013 e 1.159 em 2016. No entanto, a taxa de letalidade foi de 1,6% em 2011, conforme notificação de 2,3% em 2016, levantando preocupações com respeito ao tratamento das pessoas com a doença.

202. Em 2014, a OPAS prestou cooperação técnica para o início de uma campanha de vacinação contra o cólera em seis comunas haitianas com alto risco de contração da doença e para uma campanha de saneamento total lançada em várias comunas pelo Governo do Haiti e pelo então Secretário Geral das Nações Unidas, Ban Ki Moon. A Organização também se associou ao UNICEF para convocar uma reunião de especialistas mundiais em cólera e de funcionários do Ministério da Saúde Pública e População do Haiti, bem como da DINEPA. Após as discussões técnicas, chegou-se à conclusão de que a eliminação do cólera poderia ser alcançada em 10 anos e que essa eliminação era crucial para aumentar os investimentos voltados para a ampliação da cobertura de água e saneamento nas áreas urbanas e rurais.

203. A RSPA facilitou a transferência de tecnologia de um sistema inovador de monitoramento da qualidade da água, conhecido como SIS-KLOR (sistema de vigilância do cloro residual), do Haiti para a República Dominicana e a Colômbia. Esse sistema de tecnologia móvel de baixo custo usa mensagens de texto (SMS) para transmitir informações, em tempo real, coletadas por equipes responsáveis pela obtenção e avaliação de amostras da água. O SIS-KLOR pode ser usado em áreas remotas e de difícil acesso, e foi uma das inovações que surgiram com a resposta ao terremoto de 2010 no Haiti, graças a parcerias entre a RSPA, a DINEPA, o Ministério da Educação Nacional e Formação Profissional, o UNICEF e diversas ONGs.

Progresso na abordagem da inter-relação entre a saúde humana e a saúde animal

204. A 17ª Reunião Interamericana de Nível Ministerial sobre Saúde e Agricultura (RIMSA 17) foi realizada no Paraguai em 2016, com o tema “Uma saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”. O nexos entre saúde animal e a saúde pública nos diversos ecossistemas é expresso plenamente pelo conceito de “Uma Saúde”, que requer a governança de iniciativas nos âmbitos intersetorial, interprogramático e interdisciplinar para promover e proteger a saúde das pessoas, dos animais e o meio ambiente de maneira integrada. A RIMSA 17 analisou questões de saúde pública veterinária no campo da inocuidade alimentar, da erradicação da febre aftosa nas Américas e da prevenção e controle de zoonoses. A RIMSA 17 também aceitou recomendações para adotar o enfoque “Uma Saúde” nas questões relacionadas com a inter-relação entre a saúde animal e a saúde humana. Tal enfoque é essencial para prevenir e controlar doenças, bem como para mitigar e conter a resistência aos antimicrobianos.

205. Para a saúde animal nas Américas, o ano de 2016 representou um marco de quatro anos consecutivos sem febre aftosa, uma doença pecuária debilitante e não raro fatal. Em 2015, Bolívia, Equador e Paraguai receberam da Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) o reconhecimento formal de sua condição de área livre da febre aftosa. Esses países se juntaram ao Peru, que conquistou essa condição em 2012. A expectativa é que o Brasil e o Suriname recebam esse reconhecimento em 2018. A ausência contínua da febre aftosa evidencia o sucesso nas Américas do Programa Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA). No entanto, o surto da doença ocorrido na Colômbia em junho de 2017 demonstrou que o vírus continua a circular pela Região e alertou para a necessidade de fortalecer os programas nacionais de vacinação, dedicando atenção especial às populações bovinas em situação de risco. O PANAFTOSA desenvolveu, testou em campo e promoveu estratégias de vigilância baseadas no risco destinadas a aumentar o limiar de detecção da febre aftosa e, ao mesmo tempo, assegurar o uso eficiente dos recursos. As estratégias inovadoras baseadas no risco, que também são dirigidas à gripe, são ferramentas importantes para a tomada de decisões pelos países no controle dos riscos para a saúde pública que surgem com a inter-relação entre a saúde animal, a saúde humana e o meio ambiente. Ao fortalecer a capacidade dos países para detectar rapidamente e notificar riscos para a saúde pública, essas novas ferramentas também estarão contribuindo para a formação das capacidades básicas para a implementação do RSI.

206. A pedido da Comissão Sul-Americana para a Luta contra a Febre Aftosa (COSALFA), o PANAFTOSA produziu uma vacina contra a febre aftosa, montou um banco de antígenos e transferiu sua biblioteca de referência da febre aftosa da Organização para a Agricultura e Alimentação das Nações Unidas (FAO)/OIE para o Laboratório Nacional Agropecuário, situado no estado de Minas Gerais, Brasil. Para assegurar o apoio contínuo à erradicação da febre aftosa, inclusive a coordenação do plano de ação do PHEFA para 2011-2020, a OPAS estabeleceu um fundo de reserva como um mecanismo de financiamento adicional. O PANAFTOSA contribuiu para a melhoria da vigilância, preparação e resposta diante da gripe aviária de alta patogenicidade, da hidatidose (equinococose cística), das epizootias de primatas não humanos e dos vetores da febre amarela na Região.

207. A Bolívia, Panamá, Peru, Uruguai e Venezuela fortaleceram suas capacidades laboratoriais para análise dos agentes patogênicos transmitidos pelos alimentos. Além disso, um projeto de cooperação Sul-Sul envolvendo o Brasil, a Colômbia e Cabo Verde, além de um projeto de cooperação Norte-Sul entre o Canadá e países do Caribe, foram ampliados para incluir o fortalecimento da inocuidade dos alimentos e a capacitação para avaliar os riscos microbiológicos e químicos.

208. No Caribe, a RSPA lançou a série sobre liderança da iniciativa Uma Saúde, em coordenação com a Universidade das Índias Ocidentais, o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA) e a FAO. Essa série é um programa de capacitação que promove ações intersetoriais ao reunir profissionais dos setores da saúde, agricultura e meio ambiente. O programa é baseado na política “Uma Saúde” da CARICOM,

elaborada pela OPAS e FAO, e ratificada pelos ministros da saúde e do meio ambiente da CARICOM em 2014 e 2015, respectivamente. A série de políticas e liderança aborda questões de saúde relativas à inter-relação entre a saúde animal, a saúde humana e o meio ambiente, como a segurança e inocuidade dos alimentos, o turismo, as zoonoses, o abastecimento e a qualidade da água e a mudança climática.

Contenção da resistência aos antimicrobianos

209. A Região das Américas tem sido pioneira no enfrentamento da resistência aos antimicrobianos pela perspectiva da saúde pública. A cooperação técnica da RSPA tem incluído o reforço da vigilância laboratorial da resistência aos antimicrobianos, a promoção do uso apropriado dos antimicrobianos, o fortalecimento das práticas de prevenção e controle de infecções, a promoção da vigilância integrada da resistência aos antimicrobianos e a melhoria dos processos regulatórios. Contudo, nas últimas décadas a situação da resistência aos antimicrobianos piorou devido ao uso inapropriado de medicamentos antibióticos nas medicinas humana e veterinária, pela falta de medidas preventivas e de controle das infecções associadas com a atenção à saúde e pela incapacidade de desenvolver novos medicamentos antibióticos. Ficou evidente que seria necessário trabalhar mais para influenciar a contenção da resistência aos antimicrobianos e medir seus efeitos.

210. Em 2015, a RSPA apresentou o *Plano de ação para a resistência antimicrobiana* (documento [CD54/12, Rev. 1](#)) ao 54^o Conselho Diretor. Esse plano de ação teve como base o plano de ação mundial da OMS sobre a resistência aos antimicrobianos, (documentos [A68/20](#) e [A68/20 Corr.1](#)) aprovado pela 68^a Assembleia Mundial da Saúde em 2015, o trabalho realizado na Região desde a década de 1990, as contribuições de especialistas de dentro e de fora da Organização, os resultados de consultas e diálogos intersetoriais e as contribuições de diversos ministérios da saúde da Região. A O Conselho Diretor aprovou esse plano de ação por meio da resolução [CD54.R15](#) e convocou os Estados Membros a renovar o compromisso de formular e implementar planos de ação nacionais para fazer face a esse problema, estabelecer sistemas eficazes de vigilância da resistência aos antimicrobianos e promover o uso apropriado e responsável dos medicamentos antimicrobianos. Essa resolução também solicitou que a RSPA consolidasse e ampliasse a colaboração com a FAO e a OIE para combater a resistência aos antimicrobianos, em consonância com a iniciativa “Uma saúde,” e aplicasse enfoques multidisciplinares e intersetoriais em sua cooperação técnica com os Estados Membros, levando em consideração a promoção da saúde, os direitos humanos, a igualdade de gênero, o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde.

211. Todos os países na Região contam com vigilância laboratorial da resistência aos antimicrobianos. Além disso, o Canadá e os Estados Unidos estão inscritos no Sistema Global de Vigilância Antimicrobiana, administrado pela OMS, e a Argentina, o Brasil e a Nicarágua estão em vias de se inscrever. Em Barbados, Belize, Granada, São Vicente e Granadinas e Suriname, foram levadas a cabo avaliações laboratoriais para detectar e notificar a resistência aos antimicrobianos. Com o apoio do Canadá, foram desenvolvidos

projetos-piloto sobre a vigilância integrada da resistência aos antimicrobianos em Belize, em Granada e na Guiana.

212. A cooperação técnica da OPAS na área da resistência aos antimicrobianos está centrada na formulação de planos de ação nacionais que estejam alinhados com os planos de ação mundiais e regionais e que enfatizem ações multissetoriais entre os setores sanitário e agropecuário, dentro da abordagem “Uma saúde”. Em janeiro de 2017, a RSPA colaborou com o Consórcio Mundial de Saúde da Florida International University para convocar, em Washington, D.C., uma consulta regional de peritos sobre o monitoramento e a avaliação das intervenções para conter a resistência aos antimicrobianos. Os peritos examinaram as estratégias específicas de cada país para o monitoramento da resistência aos antimicrobianos e propuseram indicadores de resultado preliminares para monitorar e avaliar a conscientização, a vigilância e a contenção da resistência antimicrobiana, bem como as pesquisas economicamente sustentáveis sobre o tema, em conformidade com o plano de ação mundial de 2015 da OMS sobre a resistência aos antimicrobianos.

6. REDUZIR E ELIMINAR A CARGA E O IMPACTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E DE SEUS FATORES DE RISCO

213. As doenças não transmissíveis são as principais causas de enfermidade, incapacitação e morte nas Américas. Respondem por 79% de todas as mortes na Região, e 35% dessas mortes são prematuras, ou seja, ocorrem em pessoas com idade entre 30 e 69 anos. A cooperação técnica da RSPA facilitou as atividades de promoção por parte dos países do Caribe, que há muito haviam reconhecido a necessidade de abordar esses transtornos. Esse trabalho ajudou a levar as doenças não transmissíveis ao conhecimento mundial e contribuiu significativamente para os eventos que ocasionaram a Reunião de Alto Nível da Assembleia das Nações Unidas a Prevenção e o Controle das Doenças Não Transmissíveis e à declaração política resultante.

214. Em 2012, a 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprovou a *Estratégia para a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis* (documento [CSP28/9, Rev. 1](#)), que estava alinhada com a estratégia mundial da OMS para a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis. Após a OMS adotar, em 2013, o *Plano de ação mundial para a prevenção e o controle das doenças não transmissíveis 2013-2020*, a OPAS lançou seu *Plano de ação para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis* (documento [CD52/7, Rev. 1](#)), que está adaptado às necessidades da Região e orienta a cooperação técnica da Organização nessa área.

215. Assim como as estruturas mundiais, a estratégia e o plano de ação regionais da OPAS enfatizam as quatro doenças não transmissíveis que representam a maior carga nas Américas — as doenças cardiovasculares, o câncer, o diabetes e as doenças respiratórias crônicas — e seus quatro principais fatores de risco: o tabagismo, a má alimentação, o sedentarismo e o consumo prejudicial de álcool. As estruturas buscam aumentar a priorização dada às doenças não transmissíveis na elaboração das agendas econômicas e de desenvolvimento dos países e promover enfoques baseados na saúde em todas as políticas e que abranjam todo o governo e toda a sociedade, mediante uma resposta multissetorial às DNT, em resposta às doenças não transmissíveis de modo a envolver o governo, a sociedade civil e o setor privado.

O combate às doenças não transmissíveis e a seus fatores de risco

Políticas, planos e programas

216. Durante o período em análise, a cooperação técnica da OPAS contribuiu para:

- a) A formulação ou revisão das políticas, estratégias ou planos nacionais multissetoriais sobre as doenças não transmissíveis em Antígua e Barbuda, Belize, Costa Rica, Dominica, Equador, Guiana, Nicarágua, Panamá, Paraguai, São Cristóvão e Névis, e Suriname.

- b) A integração de programas novos ou aprimorados para atenção às doenças não transmissíveis nos serviços nacionais de saúde. Dominica, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, e Suriname lançaram programas para a gestão integrada de doenças crônicas centrada na atenção primária, enquanto a Colômbia, Equador, Jamaica, México e Peru elaboraram novos programas especificamente para a prevenção e o controle do câncer.
- c) A melhoria do autocuidado das doenças crônicas — mediante a criação do passaporte de atenção às doenças crônicas (*Chronic Care Passport*), um livreto para pacientes que promove o cumprimento do tratamento, autocuidado e a prevenção, além de facilitar a coleta de dados sobre as doenças não transmissíveis; a formação da capacidade para o autocuidado do diabetes por meio de um curso on-line oferecido pelo Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP) da OPAS e a implementação do programa de autocuidado de doenças crônicas (*Chronic Disease Self-Management Program, CDSMP*). O CDSMP consiste em seminários comunitários apresentados por pares que preparam os idosos para controlarem suas afecções crônicas, em coordenação com equipes de atenção à saúde, e continuarem a ser membros ativos da sociedade. As evidências indicam que os participantes melhoram seu quadro de saúde, seu comportamento e o autocuidado, e passam a fazer menos visitas às emergências dos hospitais. O modelo foi adaptado pela CARICOM para melhor atender as necessidades dos países do Caribe, e a implementação desse modelo de atenção às afecções crônicas está incluído nas estratégias e planos de ação das doenças não transmissíveis de vários países da CARICOM. O programa de autocuidado de doenças crônicas foi lançado em todos os países do Caribe Oriental e tem sido bem integrado em todos os níveis dos serviços de saúde. A experiência foi documentada e apresentada ao Brasil, Chile, Peru e Estados Unidos para promover a cooperação entre os países.

217. A OPAS lançou o Consórcio SaltSmart e a Iniciativa do Câncer na Mulher, no âmbito do Fórum Pan-Americano para Ação contra as DNT (PAFNCD, na sigla inglesa):³⁵

- a) O Consórcio SaltSmart, que reúne especialistas do governo nas áreas de saúde e nutrição e representantes da sociedade civil (inclusive de universidades) e do setor privado, respaldou um plano plurianual para reduzir pela metade o consumo de sal na dieta nas Américas até o ano 2020. O plano abrange campanhas para conscientizar o público sobre a importância de reduzir o consumo do sal e passos para reduzir o sal nos alimentos industrializados. Em 2014, o Consórcio formulou uma série de princípios e metas específicas para orientar os esforços na Região no sentido de reduzir a quantidade de sal em vários alimentos. Antígua e Barbuda, Barbados e São Vicente e Granadinas vêm implementando um projeto de redução

³⁵ O PAFNCD é uma plataforma aberta criada pela OPAS em 2009 para ajudar a abordar a epidemia das DNT nas Américas, permitir uma abordagem que abarque toda a sociedade e promover e contribuir para a implementação da *Estratégia para a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis*.

- do consumo de sal que usa um enfoque de marketing social para a comunicação com jovens mães cujos filhos estão em idade escolar. Em 2017, equipes técnicas do Brasil, Costa Rica, Paraguai e Peru receberam formação sobre o uso de estratégias de marketing social para reduzir a ingestão discricional de sal.
- b) A Iniciativa do Câncer na Mulher é fruto de uma parceria entre a OPAS e as principais organizações mundiais e regionais de prevenção do câncer. Está comprometida com a redução dos cânceres de mama e do colo do útero, os principais tipos de câncer entre as mulheres na América Latina e Caribe. Essa iniciativa trienal começou em 2013 e foram implementadas atividades no âmbito regional e em países como Argentina, Bolívia, Chile, Costa Rica, El Salvador, Equador, Guatemala, Peru, São Cristóvão e Névis, e São Vicente e Granadinas. Aborda áreas como a promoção da causa e a comunicação; a capacitação para a detecção, diagnóstico, tratamento e atenção; melhorias no acesso a serviços e tratamento; a vacinação mais ampla contra o HPV e a ampliação das pesquisas. A RSPA fez uma análise e um relatório sobre o progresso na área da prevenção e controle do câncer do colo do útero a serem discutidos durante a 29^a Conferência Sanitária Pan-Americana, em setembro de 2017.

Inovações tecnológicas para a triagem do câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero é altamente passível de prevenção, e a RSPA tem promovido a aplicação de uma nova tecnologia, o teste de HPV, para melhorar a eficácia dos programas de triagem, assim como das vacinas contra o HPV para prevenir o câncer do colo do útero.

Em 2013, a OPAS e a OMS expediram novas diretrizes com base científica para a triagem do câncer do colo do útero, que previam o uso de testes de HPV como uma ferramenta primária de triagem. A Repartição organizou diálogos sobre políticas com diversos interessados diretos na Costa Rica, El Salvador, Equador, Guatemala e Nicarágua para difundir as novas evidências e discutir mudanças nas políticas. Isso levou à elaboração e ao lançamento, com apoio da RSPA, de novas políticas e programas nacionais de apoio aos programas de triagem com base nos testes de HPV.

Além disso, a Repartição conduziu projetos de demonstração sobre testes de HPV no Chile, São Cristóvão e Névis, e São Vicente e Granadinas e elaborou um guia sobre planejamento, execução e avaliação de programas de triagem que incorporam testes de HPV, aproveitando as experiências adquiridas em locais de baixa e média renda.

A RSPA facilitou uma série de eventos para intercambiar informações científicas e compartilhar experiências nacionais, como uma reunião regional com interessados diretos de 20 países e seis organizações internacionais e um diálogo dos setores público e privado com fabricantes de testes de HPV sobre como tornar os testes mais econômicos e acessíveis. Em decorrência desse diálogo, a Repartição estabeleceu critérios e normas para selecionar testes de HPV e tem colaborado com o Programa de Pré-qualificação de Medicamentos da OMS para que esses testes sejam incluídos no Fundo Estratégico da OPAS, para que os Estados Membros possam adquirir esses testes a preços acessíveis.

Legislação e regulamentação

218. As iniciativas legislativas e regulatórias têm importantes papéis a desempenhar na prevenção e controle das doenças não transmissíveis, sobretudo ao abordar seus fatores de risco. Já foi demonstrado que reduzir a exposição ao tabaco, a alimentos pouco saudáveis e a bebidas alcoólicas, bem como possibilitar a atividade física ao fazer com que o mais fácil seja escolher a opção saudável, tem uma relação custo-benefício muito boa quando se trata de reduzir as doenças não transmissíveis. As políticas fiscais, como a elevação dos impostos seletivos sobre produtos nocivos, podem desestimular o consumo desses produtos e diminuir os custos da saúde, ao mesmo tempo em que aumentam a receita, que pode ser usada para intervenções de saúde. Durante o período em análise, a cooperação técnica da OPAS contribuiu para a elaboração de várias iniciativas legislativas e regulatórias nos países da Região.

219. A OPAS implementou a Iniciativa REGULA, que visa melhorar as capacidades dos países para elaborar e implementar medidas legislativas, regulatórias e fiscais para reduzir os fatores de risco das doenças não transmissíveis. Essa iniciativa aproveita a cooperação técnica em andamento para implementar medidas eficazes que visam frear o uso do tabaco e o consumo prejudicial de bebidas alcoólicas, bem como promover a alimentação saudável e a atividade física. Entre as medidas, destacam-se a adoção ou aumento de impostos sobre o tabaco, as bebidas alcoólicas e as bebidas açucaradas; incentivos de preços para produtos alimentícios saudáveis; a rotulagem nutricional eficaz; alertas de saúde sobre o tabaco e os produtos alimentícios; e restrições à comercialização de produtos nocivos, inclusive a proibição total, no caso do tabaco. Como parte de seu trabalho nessa iniciativa, a Repartição elaborou um documento de referência técnica e convocou um grupo de especialistas do Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Estados Unidos, México e Peru para revisar o documento e propor linhas de ação para a cooperação técnica nessa área. O grupo identificou quatro linhas de ação fundamentais para a Repartição: *a*) a vigilância contínua dos fatores de risco das doenças não transmissíveis e a avaliação dos processos regulatórios; *b*) a criação de estruturas organizacionais, financiamento e processos para as entidades reguladoras; *c*) o desenvolvimento de perícia técnica sobre o controle dos riscos das doenças não transmissíveis e *d*) a promoção da pesquisa sobre a eficácia das ações regulatórias para reduzir os riscos das doenças não transmissíveis e as boas práticas nessa área. Por meio de uma subvenção do Fundo para o Desenvolvimento Internacional da Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP), a iniciativa atualmente está centrada em atividades na Bolívia, Guatemala e Honduras, três países-chaves da OPAS.

Controle do tabagismo

220. Vários países se mantiveram na trajetória rumo à implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), da OMS:

- a) Em 2013, o Suriname promulgou uma rígida legislação sobre o controle do tabagismo, proibindo o uso de produtos à base de tabaco em todos os locais

- públicos fechados e nos locais de trabalho, estipulando regras sobre a embalagem e rotulagem dos cigarros e proibindo todas as formas de publicidade, promoção e patrocínio envolvendo produtos do tabaco.
- b) Em 2016, a Colômbia promulgou a Lei 1819/, Reforma Tributária, que modificou a Lei 223, de 1995, e aumentou os impostos sobre o tabaco do nível anterior de 659 pesos por maço de 20 unidades para 1.400 pesos por maço de 20 unidades em 2017 e para 2.100 pesos por maço de 20 unidades em 2018. A nova lei também instituiu um aumento progressivo do componente específico dos impostos sobre o tabaco, que, a partir de 2019, será ajustado pelo índice de preços ao consumidor mais quatro pontos.
 - c) Em 2016, o Ministério da Economia e Finanças do Peru aprovou, por meio do Decreto Presidencial nº. 112-2016-EF, um aumento de 157% do imposto seletivo sobre o consumo dos produtos à base de tabaco, ou seja, de 0,07 para 0,18 novos sóis por cigarro.
 - d) Em janeiro de 2017, Barbados aprovou legislação para assegurar que os cigarros eletrônicos estejam sujeitos aos mesmos controles e advertências de saúde na embalagem que os cigarros convencionais.
 - e) Em junho de 2017, a Guiana efetuou a primeira leitura, na Assembleia Nacional, do projeto de lei para o controle do tabagismo 2017, que visa prevenir a exposição passiva ao fumo e proibir a publicidade de produtos à base de tabaco, inclusive os cigarros eletrônicos.

221. Em 2013 e 2014, respectivamente, a Nicarágua e o Uruguai se tornaram os dois primeiros países no mundo a ratificar o novo *Protocolo para a eliminação do comércio ilícito de produtos de tabaco*, da OMS. Em 2015, o Equador se tornou o terceiro país, seguido pelo Panamá em 2016 e pela Costa Rica em 2017. O protocolo, que complementa a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, mas também é um novo tratado em si, define medidas para combater o comércio ilícito do tabaco. Destacam-se o licenciamento, acompanhamento e rastreamento de produtos à base de tabaco, bem como o monitoramento e regulamentação da venda desses produtos. O protocolo também promove a cooperação internacional, inclusive a extradição de suspeitos de participarem no comércio ilícito de tabaco. O Serviço da Receita Interna do Equador desenvolveu um sistema de acompanhamento e rastreamento dos produtos à base de tabaco (e também das bebidas alcoólicas, inclusive da cerveja), que está em operação desde março de 2017. Por meio da Rede Intersetorial Latino-Americana de Políticas Fiscais para o Controle do Tabaco, o Equador tem colaborado com outros países interessados na implementação de sistemas semelhantes no âmbito da cooperação Sul-Sul.

222. A Repartição organizou seminários sub-regionais sobre o tabaco e o comércio, nos quais funcionários dos ministérios da saúde e das finanças trabalharam em conjunto para elaborar cenários fiscais visando modificar suas estruturas de tributação do tabaco de maneira a atingir tanto as metas de saúde como de receita. Os seminários organizados nas Américas Central e do Sul levaram à elaboração de propostas para aumentar os impostos

sobre o tabaco na Colômbia e no Peru e para criar redes sub-regionais para discutir a harmonização tributária e estratégias para eliminar o comércio ilícito de produtos à base de tabaco.

223. Em 2017, a Colômbia e El Salvador foram os únicos dois países da Região das Américas selecionados para participar do Projeto da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco 2030, entre 15 países selecionados em âmbito mundial. A Secretaria da CQCT elaborou esse projeto para apoiar os participantes da CQCT que reúnem os requisitos para receber assistência oficial para o desenvolvimento. O projeto, que vai de abril de 2017 a março de 2021, contribuirá para a consecução dos ODS ao promover a implementação da CQCT e apoiar sua incorporação às agendas nacionais de saúde e desenvolvimento.

Nutrição saudável, atividade física e prevenção do sobrepeso e obesidade

224. Treze países³⁶ aprovaram leis e/ou implementaram políticas ou regulamentações nacionais para promover a nutrição saudável e a atividade física, em conformidade com as diretrizes da OPAS/OMS. Entre as medidas, destacam-se impostos sobre bebidas açucaradas, restrições ao marketing de alimentos e bebidas pouco saudáveis para as crianças, o oferecimento de merendas escolares saudáveis e as exigências da rotulagem dos alimentos processados industrialmente, visando enfrentar o problema crescente do sobrepeso e da obesidade tanto em crianças como em adultos. O Paraguai aprovou novas regulamentações para reduzir o conteúdo de sal de pães industrializados, e a Argentina aprovou uma lei de redução do consumo de sódio (Lei 26905), que entrou em vigor em dezembro de 2014.

Impostos sobre as bebidas adoçadas com açúcar

O México ocupa o primeiro lugar no consumo de refrigerantes per capita no mundo, e um dos índices mais elevados de morte por diabetes. Em resposta, o país aprovou uma nova Lei em 2013, definindo impostos sobre as bebidas adoçadas com açúcar (BAA) como medida de saúde pública para reduzir o consumo. A lei estipula um imposto de 1 peso por litro de bebidas açucaradas, tanto na forma líquida como em pó, e um imposto de 8% sobre alimentos hiperprocessados com alto teor calórico (“*junk food*”). Além disso, contempla novas restrições relativas à publicidade de produtos alimentícios pouco saudáveis para as crianças, bem como novas exigências quanto à rotulagem dos alimentos.

Essa conquista pioneira do México foi fruto dos esforços conjuntos envidados pelo Ministério das Finanças, Ministério da Saúde, Congresso Federal, comunidade acadêmica, sociedade civil e organizações internacionais. A RSPA apoiou a promoção da lei ao organizar três fóruns especiais — um econômico, um legislativo e um para os meios de comunicação — com a participação de especialistas internacionais e formuladores de políticas. Além disso, a Repartição compilou evidências científicas, elaborou folhetos informativos sobre o uso de políticas fiscais para modificar padrões de consumo em favor de opções mais saudáveis e facilitou o diálogo entre o

³⁶ Barbados, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Dominica, Equador, México, Paraguai, Peru e Uruguai.

governo e a sociedade civil. A receita gerada pelos novos impostos será usada para o fornecimento de água potável a escolas em todo o México.

Em 2014, a RSPA publicou um relatório, *Experiencia de México en el establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de salud pública*, que documenta os esforços do México e descreve de que forma os defensores da iniciativa tributária conseguiram vencer a oposição ativa da indústria de refrigerantes e seus aliados. O relatório cita resultados preliminares de um estudo conjunto realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Pública do México (INSP) e pela Universidade de Carolina do Norte em Chapel Hill (Estados Unidos), que constatou uma redução média de 6% nas vendas das bebidas com a cobrança de impostos durante o primeiro ano de aplicação do imposto, em comparação com o ano anterior. Outra avaliação encontrou uma diminuição de 10% no segundo ano, ou seja, uma média de 8% no período de dois anos.

A experiência do México respaldou esforços semelhantes em Barbados, Chile, Dominica e Equador, que instituíram impostos sobre BAA entre 2014 e 2016. Em meados de 2017, a Jamaica proibiu que as merendas escolares fornecidas pelo governo fossem acompanhadas de bebidas açucaradas, e Trinidad e Tobago proibiu o fornecimento e a venda de BAA dentro ou nas imediações de escolas subvencionadas pelo governo. Além disso, esses dois países estão estudando a possibilidade de tributar as BAA.

Consumo prejudicial de álcool

225. A RSPA reuniu peritos em comercialização e regulamentação de bebidas alcoólicas de países das Américas e da Europa, bem como da África do Sul, Austrália e Índia, para examinar as evidências sobre os efeitos do marketing de bebidas alcoólicas, em especial sobre os jovens e sobre a eficácia da regulamentação voluntária, em oposição à estatutária. Os especialistas concluíram que a publicidade e a promoção das bebidas alcoólicas deveriam ser regulamentadas, monitoradas e avaliadas pelos governos de maneira desvinculada da indústria e que proibir completamente o marketing das bebidas alcoólicas é mais eficaz. Os especialistas convocaram a Repartição a orientar os Estados Membros na elaboração e sanção de leis nesse sentido. Em 2017, a RSPA publicou uma nota técnica detalhando as evidências para a regulamentação da comercialização de bebidas alcoólicas e os principais elementos para elaborar e implementar uma legislação eficaz, inclusive o uso de princípios e normas de direitos humanos para proteger as crianças e outros grupos vulneráveis.

226. A Repartição empreendeu atividades de cooperação técnica com o Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Granada, Jamaica, Paraguai, Peru, São Cristóvão e Névis, e Suriname para elaborar ou reforçar as políticas e planos nacionais sobre bebidas alcoólicas, promovendo medidas voltadas para a população como base das atividades nacionais relativas ao consumo de álcool. As intervenções nacionais foram complementadas por um seminário sub-regional sobre a formulação de políticas sobre as bebidas alcoólicas e a legislação relacionada com a saúde, realizado em Belize para os países centro-americanos. Outra medida foi a inclusão do tópico prevenção do consumo prejudicial de álcool nos seminários sub-regionais da iniciativa REGULA que abordam as políticas fiscais e os argumentos a favor dos investimentos para prevenir e controlar as doenças não transmissíveis.

Contra-atacar a resistência da indústria

227. Após a adoção de leis e regulamentações, tem havido resistência e ações contrárias por parte dos fabricantes e fornecedores de produtos considerados prejudiciais à saúde. Esses esforços foram desde tentativas de influenciar o público e as autoridades governamentais até uma ação judicial para bloquear a implementação das medidas. Em resposta às solicitações dos Estados Membros, a Repartição prestou apoio não apenas nos aspectos técnicos para que a legislação e suas regulamentações fossem eficazes, mas também no sentido de combater as táticas da indústria. Esse apoio consistiu no seguinte:

- a) Chile: colaboração entre as representações da OPAS/OMS e da FAO no país para impedir as tentativas da indústria de bloquear a implementação das novas regulamentações que determinavam a inclusão de selos de advertência na parte da frente dos rótulos de alimentos processados contendo teores elevados de açúcar, sal ou gordura saturada e apresentação de argumentos para rechaçar os questionamentos apresentados pela indústria de bebidas alcoólicas sobre os dados da OPAS/OMS sobre o consumo de bebidas alcoólicas e os danos que elas provocam.
- b) Costa Rica: apresentação de argumentos ao ministro da saúde sobre o que aparentava ser conflitos de interesse relacionados à participação de representantes da indústria de bebidas alcoólicas em uma comissão encarregada de examinar e aprovar propagandas de bebidas alcoólicas. A participação da indústria, que fora proposta, foi considerada inconstitucional e bloqueada.
- c) Equador: submissão de uma petição do *amicus curiae*³⁷ para defender a regulamentação que exige a inclusão de rótulos com informações nutricionais na parte da frente da embalagem dos alimentos processados.
- d) Jamaica: assistência ao Ministério da Saúde na defesa das novas medidas de controle do tabaco contra a oposição feita pela indústria do fumo, inclusive por meio da promoção da causa junto ao primeiro-ministro e da solicitação de um estudo sobre o efeito do comércio de bebidas alcoólicas sobre o turismo e a percepção do impacto da tributação do álcool. O estudo demonstrou que o turismo não é visto como uma barreira à tributação do álcool.
- e) Peru: prestação de apoio por escrito, pela Diretora, ao comitê de saúde do Congresso e ao ministro da saúde em favor de legislação sobre os alimentos saudáveis para as crianças e adolescentes; além disso, os especialistas técnicos da Repartição apresentaram evidências para os debates sobre as novas regulamentações para implementar a lei. A OPAS também apoiou a apresentação de evidências por especialistas para rebater os argumentos do setor de bebidas

³⁷ Petições do *amicus curiae* são documentos legais apresentados em processos judiciais por pessoa que não esteja envolvida na ação, mas que tem grande interesse na questão. Essas petições fornecem ao tribunal informações adicionais e pertinentes ou argumentos que o tribunal talvez deseje levar em consideração.

alcoólicas com respeito à legislação proposta sobre medidas fiscais relacionadas com o álcool.

- f) Uruguai: submissão de uma petição do *amicus curiae* defendendo a legislação de controle do tabaco questionada pela Philip Morris Internacional no Centro Internacional para a Resolução de Disputas de Investimento (CIRDI) do Banco Mundial. Em um marco histórico, o Uruguai ganhou a ação em julho de 2016.

Outras intervenções para a prevenção e controle das DNT

228. Em 2014, os Estados Membros da OPAS adotaram um novo *Plano de ação para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes* (documento [CD53/9, Rev. 2](#)), o primeiro do gênero em todas as regiões da OMS. Esse plano de ação busca deter a epidemia da obesidade, em rápido crescimento entre as crianças e jovens das Américas, e visa os ambientes que favorecem cada vez mais a obesidade na Região, resultantes da urbanização, da modernização e do marketing e comércio mundiais. Essas forças aumentaram tanto a disponibilidade como a acessibilidade de alimentos e bebidas ultraprocessados, ricos em calorias e pobres em nutrientes, em vez de alimentos integrais e frescos, reduzindo, ao mesmo tempo em que reduziram as oportunidades para a realização de atividade física. Para combater essas condições, o plano de ação propõe cinco linhas estratégicas de ação: *a)* atenção primária à saúde e promoção de aleitamento materno e alimentação saudável; *b)* melhoria de ambientes de nutrição e atividade física escolar; *c)* políticas fiscais e regulamentação do marketing e rotulagem de alimentos; *d)* outras ações multissetoriais e *e)* vigilância, pesquisa e avaliação. Com a cooperação técnica da OPAS, vários países da Região, principalmente os do Caribe, formularam estratégias e planos para prevenir a obesidade infantil. A RSPA também colaborou com a Coalizão Caribe Saudável, uma organização da sociedade civil, na formulação do seu plano de ação da sociedade civil para a prevenção da obesidade infantil no Caribe³⁸.

229. A cooperação técnica da RSPA para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis abrangeu várias parcerias e alianças, como:

- a) Colaboração com os CDC dos Estados Unidos e outros interessados diretos para dirigir o Projeto de Redução dos Riscos de Doenças Cardiovasculares (conhecido anteriormente conhecido como o projeto de tratamento padronizado da hipertensão arterial), para de uma iniciativa inovadora para criar e implementar uma estrutura para o tratamento padronizado da hipertensão. A iniciativa, lançada em 2013 na América Latina e Caribe, se baseia em três pilares principais: *a)* identificação de um grupo básico de medicamentos essenciais para tratar a hipertensão, *b)* o aumento da disponibilidade desses medicamentos e *c)* a melhoria da atenção à hipertensão. A Repartição contribuiu para a elaboração do projeto e formou alianças com interessados diretos e ministérios da saúde para

³⁸ A Coalizão Caribe Saudável é uma organização-quadro não governamental para organizações da sociedade civil que trabalham com a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis no Caribe. A CCS mantém relações oficiais com a OPAS.

promover sua implementação em Barbados, Chile, Colômbia e Cuba. Em Barbados, alguns dos resultados dos primeiros 18 meses do teste-piloto foram a melhoria do controle da hipertensão e das práticas de prescrição. Em 2016, o Chile, a Colômbia e Cuba foram os primeiros de uma rede de países a conseguir incorporar o enfoque em seus sistemas de prestação de serviços de saúde e programas nacionais de combate às DNT. A Repartição desenvolveu dois cursos virtuais que visam fortalecer a execução do enfoque nos países participantes. Em meados de 2017, 30.000 pessoas haviam sido inscritas no curso de controle da hipertensão e 5.000 no curso de prevenção secundária, lançado mais recentemente para equipes de atenção primária. As lições extraídas da implementação da estrutura nas Américas ajudarão a facilitar sua aplicação em todo o mundo.

- b) Liderança de iniciativas interinstitucionais ligadas ao Grupo de Trabalho Interamericano sobre Doenças Não Transmissíveis, que apoia a coordenação e colaboração entre instituições em matéria de enfoques multissetoriais voltados para a prevenção e o controle das doenças não transmissíveis. Entre os membros do Grupo de Trabalho, estão a OEA, o BID, o Banco Mundial, a IICA e a CEPAL. As atividades trataram de questões como tributação do tabaco, o aspecto econômico das DNT e a promoção da causa junto aos ministros do desenvolvimento social.
- c) Parceria com a FAO na Região para preservar, fortalecer ou recuperar sistemas alimentares que promovam a saúde e sejam sustentáveis para pôr fim a todas as formas de desnutrição.

230. A Repartição fortaleceu seu trabalho sobre os aspectos econômicos das DNT, dos fatores de risco e da saúde mental, visando facilitar o diálogo intersetorial para promover uma melhor compreensão das dimensões econômicas das questões envolvendo as DNT dentro e fora do setor da saúde; impulsionar a eficácia da promoção da causa para aumentar os recursos para a prevenção e controle das DNT; e promover a coerência entre as políticas envolvendo as DNT e os fatores de risco entre os diversos setores. Sob essa estrutura, em 2016 a Repartição reuniu pesquisadores dos aspectos econômicos das DNT de dentro e fora da Região para identificar lacunas, oportunidades e áreas prioritárias para definir pesquisas futuras centradas sobre os aspectos econômicos com o objetivo de apoiar ações multissetoriais envolvendo as DNT. Em maio de 2017, a RSPA convocou uma reunião em Barbados com representantes de ministérios da saúde e das finanças de 17 países e territórios do Caribe. Os participantes apresentaram e discutiram as evidências sobre os custos e benefícios da tributação do tabaco, das bebidas alcoólicas e das bebidas adoçadas com açúcar como ferramenta para combater as DNT e facilitar o diálogo intersetorial e a coerência das políticas. Entre os parceiros internacionais representados no evento estavam a Bloomberg Philanthropies, a Comunidade do Caribe (CARICOM), a Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA), acadêmicos e outros representantes da sociedade civil.

231. Por meio de sua colaboração com a Faculdade de Saúde Pública T.H. Chan da Universidade de Harvard, a Repartição aplicou o modelo EPIC, da OMS, para calcular o

impacto das DNT sobre a produção econômica agregada. A colaboração aplicou o modelo EPIC-H Plus de Harvard, que quantifica o impacto das DNT sobre a produção agregada por meio da redução da disponibilidade de mão de obra (devido à morbidade e à mortalidade) e da redução do capital, decorrente do aumento dos gastos com saúde em função das DNT e dos transtornos mentais. A aplicação do modelo à Costa Rica, à Jamaica e ao Peru permitiu estimar que, se não fossem tomadas providências, a queda do PIB entre 2015 e 2030, em decorrência das DNT, seria equivalente a 142% do PIB de 2013 da Costa Rica, 105% do PIB de 2013 da Jamaica e 255% do PIB de 2013 do Peru. Esses e outros resultados da colaboração foram apresentados na edição latino-americana do Fórum Econômico Mundial, em Medellín, Colômbia, em junho de 2016. A parceria também passou pela formulação de diretrizes para que os países das Américas calculassem estimativas semelhantes por conta própria, usando o modelo EPIC-H Plus. Estudos sobre a justificativa para os investimentos relativos às DNT estão sendo realizados na Jamaica e no Peru, com o objetivo de calcular o retorno sobre o investimento de um conjunto específico de intervenções voltadas para as DNT.

232. A Repartição contribuiu para melhorias na vigilância dos fatores de risco das DNT por meio do desenvolvimento de um pacote de medidas técnicas para avaliar a capacidade do país para monitorar as DNT e seus fatores de risco, identificar lacunas no monitoramento, estabelecer prioridades e acompanhar o progresso rumo ao cumprimento dos compromissos mundiais e regionais referentes às DNT. As medidas foram aplicadas em países da sub-região andina em 2015 e proporcionaram insumos úteis para a elaboração de planos para melhorar a capacidade de vigilância dos países quanto às doenças não transmissíveis; sua aplicação será estendida a outras sub-regiões. A RSPA também deu continuidade à cooperação técnica com os países sobre o uso das pesquisas com a população para reforçar a vigilância das DNT, dos fatores de risco e dos transtornos de saúde mental. Em 2016, a Repartição fez um teste-piloto do uso de duas novas tecnologias para coletar dados por meio de pesquisas domiciliares: tablets com conexão com a Internet para inserir dados e dispositivos para efetuar mensurações bioquímicas que permitissem um monitoramento mais preciso dos níveis de colesterol e glicose no sangue. O Equador foi o primeiro país da Região a usar dispositivos móveis para implementar a pesquisa STEPS da OMS, inclusive no âmbito subnacional, e o processo recebeu comentários positivos tanto do Ministério da Saúde como do Instituto Nacional de Estatística e Censos. A Repartição adquiriu um lote desses dispositivos e eles serão objeto de um rodízio entre os Estados Membros para uso nessas pesquisas nacionais.

Atualização sobre a doença renal crônica de causas não tradicionais ou desconhecidas na América Central

A RSPA liderou uma cooperação técnica interprogramática que reuniu recursos e iniciou um diálogo entre equipes de pesquisa, responsáveis por políticas e grupos de interesse, visando impulsionar as intervenções baseadas em evidências científicas para abordar a epidemia da doença renal crônica de causas não tradicionais ou desconhecidas (DRCnT). Esse transtorno afeta principalmente jovens adultos do sexo masculino, de comunidades agrícolas da América Central, já sobrecarregados pelas desvantagens socioeconômicas.

Em resposta a uma proposta de El Salvador, a Repartição elaborou um documento conceitual (documento [CD52/8](#)) em que esboça o impacto e os desafios da DRCnT na América Central e solicita a tomada de medidas internacionais urgentes. A afirmação, que reiterou a Declaração de El Salvador, firmada pelos países centro-americanos em abril de 2013, foi adotada formalmente pelo 52º Conselho Diretor da OPAS em outubro de 2013 (resolução [CD52.R10](#)). Um número cada vez maior de grupos de pesquisa, inclusive de centros colaboradores da OPAS/OMS, deu início a estudos de campo, e a Repartição está apoiando o desenvolvimento de uma ampla pauta de pesquisas para impulsionar os conhecimentos sobre a evolução natural da doença e suas causas. Foi formado o Consórcio para a Epidemia de Nefropatia na América Central e México (CENCAM) com o objetivo de empreender pesquisas pertinentes.

Em colaboração com os CDC dos Estados Unidos, a Sociedade Latino-Americana de Nefrologia e Hipertensão (SLANH), a Secretaria Executiva do Conselho de Ministros da Saúde da América Central (COMISCA) e representantes dos ministérios da saúde dos países centro-americanos, a RSPA elaborou uma proposta de definição dos casos a serem usados na vigilância epidemiológica, bem como uma definição de caso clínico. Embora a etiologia da doença continue desconhecida, a comunidade científica chegou a um consenso sobre a caracterização da doença, definindo que a DRCnT tem caráter essencialmente ocupacional. Portanto, fortalecer a promoção da saúde ambiental e ocupacional é uma estratégia essencial para prevenir a doença.

El Salvador atualizou seu quadro legal para o controle de pesticidas, proibindo o uso de 53 princípios ativos altamente tóxicos. A Guatemala aprovou novas regulamentações nacionais sobre a saúde e a segurança ocupacional, inclusive medidas para a prevenção da doença renal crônica (DRC). A Guatemala também está trabalhando para modificar sua regulamentação sobre o manejo de pesticidas domésticos.

A colaboração entre a Repartição e os centros colaboradores da OPAS/OMS em saúde ocupacional e ambiental foi fortalecida, tendo incorporado a DRCnT a suas atividades de apoio. Os países realizaram cursos de capacitação sobre ações intersetoriais para abordar os riscos ambientais, a toxicologia clínica e a metodologia de avaliação de riscos. A Repartição, junto com os centros colaboradores da OPAS/OMS em saúde ocupacional e ambiental, está elaborando protocolos para a análise de situação e a implementação de intervenções preventivas e corretivas nos ambientes de trabalho. A Repartição também implementou um curso tutorial on-line com especialistas regionais em prevenção, diagnóstico e tratamento da intoxicação aguda por pesticidas, bem como um curso virtual sobre a doença renal crônica, acessível pelo Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS.

Houve avanços na incorporação da atenção integral da doença renal crônica aos serviços de saúde, inclusive o a elaboração de diretrizes para a atenção clínica aos pacientes com DRC no primeiro nível de atenção, a atualização das normas nacionais e o estabelecimento de serviços de prevenção e atenção integral à doença renal crônica.

233. Os funcionários da Repartição fizeram uma avaliação intermediária da execução do *Plano de ação para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis*, que visa reduzir em 15% o número de mortes prematuras causadas pelas quatro principais DNT até 2019. A avaliação encontrou um padrão estável ou um modesto declínio na mortalidade precoce por DNT em quase todos os países e territórios da Região. No

entanto, menos da metade parecia estar no rumo certo para alcançar a meta de redução de 15%, e o progresso mais lento fora observado na América Central e no Caribe.

234. Ministérios da saúde de 38 países e territórios da Região apresentaram informações para a revisão do plano de ação regional. Destacaram-se as ações necessárias para melhorar a atual situação das DNT, como intensificar os compromissos políticos, técnicos e financeiros na área das DNT, sobretudo nas sub-regiões da América Central e do Caribe; priorizar o estabelecimento dos planos nacionais contra as DNT, bem como de metas e comissões multissetoriais de DNT em países que ainda não os têm; concentrar-se na prevenção da obesidade; dar prioridade às políticas sobre as bebidas alcoólicas na agenda das DNT e da saúde, e implementar intervenções para reduzir a demanda; e usar plenamente o Fundo Estratégico da OPAS para ampliar o acesso a medicamentos essenciais para as DNT por preços acessíveis, especialmente os medicamentos que melhorem o controle da pressão arterial e previnam as doenças cardiovasculares.

235. A OMS e o Ministro de Saúde Pública do Uruguai convocaram conjuntamente a conferência mundial sobre prevenção e controle das DNT, a ser realizada em Montevideu (Uruguai) em outubro de 2017. A expectativa é que presidentes e ministros da saúde de vários países participem e concordem com um roteiro que oriente os países sobre como influenciar as políticas públicas em setores outros que não o da saúde e a melhorar a uniformidade normativa sobre o problema das DNT. A RSPA está desempenhando um papel preponderante na preparação da conferência e participará de sua execução e acompanhamento após o evento.

Avanços e inovações em saúde mental

236. A OPAS deu continuidade a sua cooperação técnica para melhorar as políticas, programas e intervenções de saúde mental na Região das Américas, trabalhando com homólogos nacionais e a sociedade civil para abordar esse problema de saúde pública subatendido, mas prioritário. Com a cooperação técnica da RSPA, os países de toda a Região avançaram na implementação do programa mundial de ação para superar as lacunas em saúde mental da OMS (mhGAP, na sigla em inglês), que promove a ampliação do atendimento dos transtornos mentais, neurológicos e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no nível da atenção primária. A RSPA contribuiu para a capacitação constante sobre o mhGAP, inclusive por meio do VCPH da OPAS, alcançando milhares de profissionais da atenção primária à saúde e obtendo mudanças positivas nas atitudes e práticas no tocante a esses transtornos. Belize repetiu com êxito os cursos sobre o mhGAP após alguns de seus clínicos gerais haverem participado do curso virtual de capacitação de 2013, enquanto a Colômbia começou sua própria formação em mhGAP por meio do Campus Virtual da OPAS, destinada a instituições acadêmicas e associações profissionais. Já o Chile incorporou sistematicamente a capacitação sobre o mhGAP e sua implementação em seus sistemas de saúde e como parte do currículo para os profissionais da saúde não especializados. No México, uma cidade do norte do país onde o mhGAP foi iniciado em 2012 notificou um aumento de

mais de 300% no número de pessoas que recebem tratamento por problemas de saúde mental na atenção primária à saúde.

237. Vários países e territórios na Região concluíram políticas e legislação sobre a saúde mental ou avançaram na sua elaboração:

- a) Anguilla, Antígua e Barbuda, Barbados, Costa Rica, Ilhas Virgens Britânicas, Panamá, Suriname e Venezuela formularam novos planos e políticas nacionais de saúde mental ou atualizaram os já existentes.
- b) A Argentina anunciou regulamentações relacionadas com a sua lei nacional sobre a saúde mental, que protege os direitos das pessoas que padecem de transtornos mentais, enquanto a Jamaica e as Ilhas Virgens Britânicas fizeram análises da legislação sobre a saúde mental.
- c) Profissionais de Anguilla, Antígua e Barbuda e Jamaica receberam formação sobre os primeiros cuidados psicológicos em desastres e situações de emergência, e elaboraram componentes psicossociais e da saúde mental para seus planos nacionais de saúde para situações de desastre. Bahamas, Suriname e Trinidad e Tobago também ofereceram capacitação sobre saúde mental em desastres e sobre primeiros cuidados psicológicos.

238. A OPAS tem trabalhado com a República Dominicana para renovar seu sistema nacional de saúde mental. Houve avanços consideráveis, sobretudo durante os dois últimos anos. Um investimento importante permitiu a transformação do hospital nacional psiquiátrico em um centro de reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais duradouros e graves. Esse centro tem excelentes acomodações residenciais e melhorou substancialmente a qualidade de vida dos pacientes, criando a possibilidade de eles poderem retornar a suas comunidades. O país priorizou a atenção ambulatorial à saúde mental e o desenvolvimento de unidades especializadas dentro dos hospitais gerais para que o atendimento dos casos agudos e de emergência, até então prestado pelo hospital psiquiátrico, passasse a ser oferecido pelos hospitais gerais.

239. Na cooperação técnica da RSPA para melhorar o acesso ao tratamento de saúde mental e melhorar a qualidade de serviços, considera-se que os usuários dos serviços de saúde mental e suas famílias são participantes ativos no processo de atenção. Em 2013, em colaboração com o Ministério da Saúde do Brasil, a RSPA organizou em Brasília uma reunião regional sem precedentes, à qual compareceram representantes de organizações de usuários e de famílias. Os objetivos da reunião eram compartilhar experiências pessoais e institucionais sobre os direitos humanos, autonomia e empoderamento dos usuários e suas famílias, e promover sua participação nas decisões relacionadas à atenção à saúde mental. Cerca de 100 representantes de 18 países³⁹ participaram da reunião, da qual emanou o Consenso de Brasília. O Consenso insta por ações concretas por parte dos

³⁹ Argentina, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Equador, Estados Unidos, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana e Suriname.

países para implementar princípios internacionais sobre a saúde mental e os direitos humanos, estabelecer e fortalecer as associações de usuários e das respectivas famílias e criar uma rede regional dessas associações.

240. Durante o período em análise, a RSPA coordenou uma série de intercâmbios entre o Chile e o Canadá sobre as necessidades de saúde mental dos grupos indígenas. Os países compartilharam e compararam iniciativas e práticas referentes a questões de saúde mental comuns em diferentes comunidades indígenas, o que resultou em um compromisso conjunto de atacar os problemas identificados. Nas discussões preliminares, foram delineadas as ações futuras voltadas para a formação e intervenções na área da saúde mental, bem como a inclusão da Argentina e do Brasil, que participaram das discussões de planejamento.

241. A cada ano, cerca de 65.000 pessoas na Região das Américas — quase 70% homens — tiram suas próprias vidas. O suicídio é uma causa evitável de morte. Em maio de 2016, um seminário regional foi organizado na Costa Rica com o objetivo de fortalecer as capacidades dos países para implementar medidas para prevenir comportamentos suicidas. Também em 2016, no âmbito do Dia Mundial de Prevenção do Suicídio, celebrado todos os anos em setembro, a OPAS lançou uma nova publicação intitulada *Prevention of Suicidal Behavior*, que oferece informações essenciais sobre o comportamento suicida e sobre as principais estratégias para enfrentá-lo, da vigilância à avaliação das intervenções.

Observatório do Suicídio para a América Central e a República Dominicana

A cada ano, mais de 800.000 pessoas morrem em decorrência de suicídios em todo o mundo, e 76% dessas mortes ocorrem em países de baixa e média renda. O suicídio é a segunda causa principal de morte entre pessoas de 15 a 29 anos e é uma causa significativa de morte ao longo de toda a vida, repercutindo sobre pessoas de todas as idades. A prevalência, as características e os métodos do comportamento suicida variam amplamente entre as comunidades e os grupos demográficos. Com isso, é essencial contar com informações atualizadas sobre o suicídio para elaborar intervenções preventivas eficazes.

Na América Central, a disponibilidade de evidências sobre o suicídio é prejudicada pelo nível considerável de subnotificação e pela heterogeneidade dos métodos de coleta, o que dificulta uma avaliação confiável do problema. Para resolver isso, a RSPA associou-se ao COMISCA para criar um Observatório do Suicídio. Lançado em dezembro de 2013, o Observatório proporciona uma plataforma virtual para compilar informações oportunas sobre o comportamento suicida, com o intuito de apoiar o planejamento com base científica e permitir aos países fazer face aos fatores de risco com mais eficácia.

Até meados de 2016, os oito países membros do SICA (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua Panamá e República Dominicana) estavam inserindo na plataforma dados sobre o suicídio desde 2010, usando um conjunto comum de variáveis. O Observatório também começou o processo de coletar dados sobre tentativas de suicídio, uma vez que tentativas anteriores são o principal fator de risco preditivo da morte por suicídio na população em geral. A RSPA continua a prestar cooperação técnica, inclusive capacitação, para

esse processo, e dará seguimento com monitoramento e avaliação. A Repartição planeja ampliar essa rede sem precedentes na Região e estendê-la a outros países a fim de melhorar a qualidade dos dados dos registros civis sobre o suicídio.

Atualização sobre o consumo prejudicial de álcool, a violência e a prevenção de traumatismos

Álcool

242. O consumo prejudicial de álcool é um importante fator de risco para a saúde mental e outras DNT, bem como para os traumatismos e problemas reprodutivos. Durante o período em análise, grande parte da cooperação técnica da RSPA sobre o tema foi orientada pela *Estratégia mundial da OMS para reduzir o consumo prejudicial de álcool* (documento [A63/13](#), em inglês), aprovada na 63^a Assembleia Mundial da Saúde em 2010, e pelo *Plano de ação para reduzir o uso prejudicial de álcool*, de 2011, no âmbito regional (documento [CD51/8, Rev. 1](#)). Essas estruturas promoveram a criação da Rede Pan-americana de Álcool e Saúde Pública (PANNAPH), para conectar os pontos focais dos ministérios da saúde responsáveis pelos temas relacionados ao álcool com os peritos regionais e a sociedade civil. A PANNAPH analisa o progresso do plano de ação regional, e quatro dos pontos focais da Região participam de um conselho mundial para a implementação da estratégia mundial da OMS. Outra entidade nova é a INEBRIA Latina, a seção latino-americana da *International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs*, criada com base no modelo da INEBRIA de uma rede mundial de pesquisadores e clínicos interessados no potencial das intervenções breves para reduzir os danos produzidos pelo consumo de álcool e outras drogas.

243. Em 2013, a OPAS lançou uma série de seis cursos on-line relacionados com a redução do consumo prejudicial de álcool. Um dos cursos, direcionado às autoridades de saúde, concentra-se na formulação e implementação de políticas contra o álcool e as drogas. Outro, dirigido aos profissionais da saúde, trata da triagem e das intervenções breves com respeito ao álcool e às drogas, sobretudo no contexto da atenção primária à saúde. Os cursos são oferecidos gratuitamente, e a Guatemala, o México e o Uruguai os adotaram e complementaram com sessões presenciais e seminários pela Internet em parceria com grandes universidades, especialistas locais, conselhos nacionais sobre as drogas e centros colaboradores da OPAS/OMS. Dois novos cursos virtuais foram lançados em 2017, um sobre a defesa de uma política para o álcool e outro sobre o álcool e a gravidez.

244. A Organização coordenou estudos colaborativos sobre a contribuição do consumo de bebidas alcoólicas para os traumatismos não fatais tratados em emergências. Dez países (Argentina, Brasil, Canadá, Estados Unidos, Guatemala, Guiana, México, Nicarágua, Panamá e República Dominicana) usaram o mesmo protocolo para investigar o risco relativo de um traumatismo relacionado ao álcool nas pessoas com mais de 18 anos. Os dados foram analisados por meio de uma parceria com dois centros

colaboradores da OPAS/OMS, no México e nos Estados Unidos, e os resultados foram resumidos e publicados, juntamente com recomendações com base científica, no livro *Prevention of Alcohol-related Injuries in the Americas: From Evidence to Policy Action* (Prevenção de traumatismos relacionados com o álcool nas Américas: Das evidências à ação na forma de políticas). Publicado em dezembro de 2013, esse livro documenta a carga significativa do consumo de bebidas alcoólicas sobre os sistemas de saúde e a sociedade como um todo. Além disso, descreve formas de reduzir os traumatismos relacionados com o álcool, inclusive o uso de políticas com boa relação custo-benefício para reduzir o consumo prejudicial de bebidas alcoólicas nos níveis populacional e individual.

245. Em 2015, a Repartição publicou um relatório regional sobre a situação do álcool e da saúde nas Américas. Com o título em inglês *Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas*, esse relatório examina os padrões e as consequências do consumo de álcool na Região e avalia o progresso feito desde a entrada em vigor da estratégia mundial da OMS e do plano de ação regional da OPAS. Uma área que vem despertando interesse na Região diz respeito ao papel desempenhado pelo álcool durante a gravidez e o desenvolvimento de transtornos do espectro alcoólico fetal. A Argentina, Brasil, Chile e Uruguai deram início a pesquisas relacionadas e à integração aos serviços de saúde e, desde meados de 2017, atividades de capacitação tiveram início no Chile. Um curso virtual sobre esse tema será lançado em 2017.

246. Durante o período em análise, a Organização também trabalhou para fortalecer a implementação nos países do *Plano de ação sobre o uso de substâncias psicoativas e saúde pública* (documento [CD51/9](#)), um plano regional de 2011, executando atividades de cooperação técnica com ministérios da saúde, em coordenação com outros setores. Novas colaborações tiveram início em 2017 para examinar o álcool, as drogas e a condução de veículos, bem como o álcool e a tuberculose, neste último caso tanto em âmbito regional como no Peru. Essa iniciativa abrange uma revisão sistemática da bibliografia especializada e estudos sobre a integração dos serviços.

247. Apesar desses esforços, o consumo de álcool per capita ainda é alto na Região e aumentará, segundo as previsões, se não forem tomadas mais medidas. Os episódios de consumo excessivo e os transtornos decorrentes do uso de álcool são prevalentes entre os adultos e adolescentes, e as taxas de mortalidade relacionadas especificamente ao álcool são elevadas. Uma análise intermediária do *Plano de ação para reduzir o uso prejudicial de álcool* de 2011 foi apresentada ao 55º Conselho Diretor em 2016 (documento [CD55/INF/12](#)) e mostrou progresso insatisfatório. O mesmo ocorreu com os indicadores relacionados ao álcool do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. A análise propôs várias ações para melhorar a situação, como a formulação das normas para a política sobre o álcool a serem adotadas pelos Estados Membros; a formulação de políticas e planos nacionais sobre o álcool que possam levar a uma redução relativa do consumo prejudicial de bebidas alcoólicas da ordem de pelo menos 10%; o controle da comercialização de bebidas alcoólicas para mudar as normas culturais e proteger os jovens da pressão para beber; a promoção de políticas tributárias como maneira eficaz de reduzir o consumo

prejudicial de álcool, bem como elevar a receita pública; e a promoção da causa para aumentar a consciência.⁴⁰ A Repartição criou um grupo técnico assessor (GTA) para prestar orientações e apoio ao trabalho da OPAS na área da política sobre o álcool. O GTA também fará recomendações específicas à Diretora sobre estratégias para fortalecer a cooperação técnica com os Estados Membros e o diálogo sobre políticas entre os principais interessados diretos na Região. A primeira reunião do GTA está programada para novembro de 2017.

Violência

248. O trabalho técnico da OPAS sobre a prevenção de violência abrangeu:

- a) Em colaboração com os CDC dos Estados Unidos, a publicação do relatório *Violence against Women in Latin America and the Caribbean: A Comparative Analysis of Population-based Data from 12 Countries* (Violência contra a mulher na América Latina e Caribe: Uma análise comparativa de dados populacionais de 12 países). Trata-se do primeiro relatório comparativo com dados com representatividade nacional sobre a violência contra a mulher na América Latina e Caribe.
- b) A cooperação com a Comunidade Andina para padronizar os indicadores da violência baseada no gênero, a fim de facilitar análises comparativas futuras.
- c) A contribuição para a formulação de planos nacionais para a prevenção da violência e traumatismos em Trinidad e Tobago e a violência baseada no gênero na Guiana, em conjunto com centros colaboradores da OPAS/OMS.
- d) O fortalecimento da capacidade de prevenção primária da violência contra a mulher na Bolívia, Costa Rica, El Salvador, Equador, Guatemala, Paraguai e Peru. Na Guatemala, esse trabalho abrangeu a formulação de planos locais para a prevenção da violência e criminalidade, como parte de um programa conjunto para a prevenção de conflitos e construção da paz, patrocinado pelo MDG Achievement Fund, um mecanismo destinado a acelerar o progresso rumo à consecução dos ODM.
- e) A contribuição para a implementação de um projeto financiado pela USAID para a prevenção da violência e traumatismos em Ciudad Juárez, que se tornou um modelo para outras cidades e municípios no México. Como parte desse projeto, a Organização ajudou a fortalecer o Observatório para a Segurança e Coexistência Pacífica na Universidade Autônoma de Ciudad Juárez; capacitar profissionais da atenção primária e dos serviços sociais, profissionais responsáveis pela primeira resposta e organizações comunitárias; e melhorar as habilidades em termos de gestão do conhecimento e comunicação da mídia e da comunidade.

⁴⁰ Nesse sentido, a Coalizão do Caribe Saudável estabeleceu um dia anual para a redução do consumo de bebidas alcoólicas na sub-região do Caribe, a partir de 2016. Mais informações, em inglês, podem ser encontradas neste link: <http://bit.ly/2tH5GCO>.

- f) Capacitação em matéria de coleta e análise de informações sobre a prevenção da violência, permitindo a nomeação de pontos focais nacionais em vários países para fornecer dados para o relatório mundial da OMS de 2014 sobre a situação da prevenção da violência (*Global Status Report on Violence Prevention 2014*).
- g) A contribuição para a avaliação e fortalecimento dos sistemas de vigilância da violência e traumatismos em vários países, como Belize, Haiti e Trinidad e Tobago, com o apoio do Centro Nacional para a Prevenção e Controle de Traumatismos dos CDC (EUA), um centro colaborador da OPAS/OMS.

249. A Repartição publicou um relatório sobre a situação da prevenção da violência na Região das Américas em 2014 (*Status Report on Violence Prevention in the Region of the Americas, 2014*) que apresenta informações atualizadas sobre a prevenção da violência interpessoal nas Américas. O relatório se baseia no relatório mundial da OMS de 2014 sobre a situação da prevenção da violência citado acima, fruto da colaboração entre a OMS e seus Escritórios Regionais, o PNUD e o Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes (UNODC). No caso do relatório regional, a Repartição coletou informações de 21 países nas Américas, representando 88% da população da Região. O relatório calcula que houve 165.617 homicídios nos países de baixa e média renda na América Latina e Caribe em 2012, uma taxa de 28,5 homicídios por 100.000 habitantes, mais de quatro vezes a taxa mundial de homicídios (6,7 por 100.000), embora três quartos dos países tenham planos de ação nacionais para reduzir a violência. Três quartos dos homicídios foram cometidos com armas de fogo, apesar de os resultados do relatório apontarem que todos os países têm leis que regulamentam as armas. Contudo, faltavam dados de um terço dos países, o que sugere que boa parte da formulação de planos e políticas é feita a despeito da falta de evidências científicas. O relatório sobre a situação apoia a formulação de políticas nos Estados Membros e a concepção de planos e iniciativas eficazes, inclusive programas para reduzir a disponibilidade de bebidas alcoólicas e seu consumo prejudicial; leis e programas para controlar o acesso a armas de fogo e facas; esforços para mudar as normas de gênero que ajudam a perpetuar a violência contra a mulher; programas para melhorar a criação dos filhos e as habilidades para a vida em crianças e adolescentes; e campanhas de informação pública para prevenir os maus-tratos contra idosos.

250. A Repartição fez uma análise das interseções da violência contra a criança e da violência contra a mulher para identificar pontos de entrada para coordenar os esforços de prevenção e resposta ao longo do ciclo de vida. As constatações foram publicadas no periódico *Global Health Action*. Uma segunda análise, feita em colaboração com o UNICEF e a Johns Hopkins University, avaliou os pontos fracos e fortes dos protocolos de saúde nacionais que orientavam a resposta do setor da saúde no caso de crianças expostas à violência. Esse trabalho, publicado em [BMC Public Health](#), fornece orientações para o trabalho da Repartição com os Estados Membros, juntamente com duas outras publicações: [INSPIRE: Seven Strategies for Ending Violence against Children](#) (INSPIRE: Sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças), publicada em conjunto com Estados Membros e outros nove organismos e traduzida pela Repartição, e [Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual](#)

[Violence: A Clinical Handbook](#) (Atenção à saúde para mulheres submetidas à violência sexual ou infligida pelo parceiro íntimo: Um manual clínico), traduzida para o espanhol pela repartição.

251. Em colaboração com vários parceiros, a Repartição desenvolveu a campanha [Every Hour Matters](#) (Cada hora é importante), para conscientizar sobre a importância de obter acesso rápido após um estupro. A Repartição também colaborou com a ONU Mulheres, UNICEF e o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) para organizar reuniões e seminários regionais em Honduras, Panamá, Trinidad e Tobago e Washington, D.C., sobre a prevenção da violência contra a mulher e a resposta a essa violência; metodologias para medir a prevalência da violência e indicadores para acompanhar o avanço na implementação de estratégias de prevenção e resposta.

Prevenção de traumatismos

252. Durante o período da análise, e no contexto da Década de Ação das Nações Unidas para a Segurança no Trânsito 2011-2020, vários países nas Américas, como Dominica, Equador, Guiana e Uruguai, formularam, aprovaram ou implementaram novos planos e leis destinados a reduzir as mortes por acidentes de trânsito. No Equador, a OPAS ajudou a elaborar normas técnicas sobre o uso de capacetes pelos motociclistas, e o país melhorou sua legislação sobre o risco de traumatismos causados por acidentes de trânsito e os fatores de proteção. El Salvador sancionou uma lei para criar um fundo nacional para as vítimas dos acidentes de trânsito, a fim de aumentar a importância desse problema aos olhos do público. O México avançou na implementação da sua iniciativa nacional de segurança no trânsito em todos os estados.

253. Um plano diretor para reforçar a segurança no trânsito nas cidades da América Central foi elaborado em 2015 com cooperação técnica da OPAS e da OMS. O plano foi formulado para os países do Projeto da Meso-América — Belize, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua Panamá e República Dominicana — e foi aprovado por unanimidade pelos ministros da saúde, infraestrutura e transportes dos países participantes. Com base em um modelo global elaborado pela Colaboração para a Segurança Viária das Nações Unidas, o plano da Meso-América assenta as bases para medidas que podem ser contextualizadas em diversas culturas e por diferentes governos, empresas e instituições.

254. A Repartição publicou relatórios sobre a segurança no trânsito nas Américas, fornecendo informações atualizadas sobre índices nacionais e regionais de traumatismos causados pelo trânsito, a legislação sobre os principais fatores de risco e o progresso dos países nessa área. Um relatório de 2015 sobre a segurança no trânsito na Região das Américas (*2015 Report on Road Safety in the Region of the Americas*) revelou que em torno de 150.000 pessoas morreram em decorrência de traumatismos causados por acidentes de trânsito na América Latina e Caribe em 2010. Dessas mortes, 27% foram de pedestres, 20% de motociclistas e aproximadamente 4% de ciclistas. O relatório observa que 42% da população da América Latina e Caribe está protegida atualmente por leis

relacionadas com o álcool e a condução de veículos. Contudo, dos 14 países em que limites de concentração de álcool no sangue estão fixados em legislação, apenas cinco deles — Costa Rica, Equador, Honduras, Panamá e São Vicente e Granadinas — informa que esses limites são aplicados de forma rigorosa. De maneira análoga, as leis sobre o uso de capacetes pelos motociclistas melhoraram, mas são necessários mais esforços para fazer cumprir essas leis e assegurar que os capacetes estejam dentro das normas de qualidade. O relatório insta pela aplicação mais rigorosa das leis de trânsito para reduzir as mortes no trânsito e, em especial, proteger os mais vulneráveis entre os usuários das vias.

255. Em 2015, a RSPA contribuiu para a 2ª Conferência de Alto Nível Global sobre Segurança no Trânsito, realizada no Brasil. A Conferência reuniu mais de 100 ministros dos transportes, saúde e interior, e seus representantes, e resultou na Declaração de Brasília, adotada pelos Estados Membros da OPAS e, posteriormente, endossada pela 70ª Assembleia Geral das Nações Unidas e pela 69ª Assembleia Mundial da Saúde. A Declaração acolhe a inclusão da segurança no trânsito na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e recomenda ações regionais para fortalecer a gestão da segurança no trânsito; melhorar a legislação e sua aplicação; promover vias e veículos mais seguros; promover o uso de meios de transporte sustentáveis; proteger os vulneráveis entre os usuários das vias; melhorar a resposta e os serviços de reabilitação após os acidentes; e fortalecer a cooperação e a coordenação mundiais para a segurança no trânsito.

256. Em 2016, a Repartição convocou uma reunião regional sobre o álcool, as drogas, e os traumatismos causados pelo trânsito, em colaboração com a OMS e com a participação dos Estados Membros, para discutir a situação na Região. A reunião resultou na elaboração de um protocolo regional que os países podem adaptar para fazer estudos em salas de emergência sobre traumatismos não fatais causados por acidentes de trânsito envolvendo passageiros, condutores ou pedestres, em que se avaliariam o papel e o respectivo risco associado ao consumo de álcool e de outras drogas antes do traumatismo. Essas informações devem permitir melhorias da segurança no trânsito e reduções dos danos causados por traumatismos relacionados ao álcool e às drogas. O BID está contribuindo para a implementação dos estudos, começando com a Jamaica e o Chile em 2017.

257. Em 2015, o Brasil e o México participaram do lançamento da segunda fase de uma iniciativa da Bloomberg Philanthropies para a segurança no trânsito em todo o mundo, a qual foi conduzida em âmbito mundial pela OMS e, nas Américas, pela OPAS. Esse programa sem precedentes consolidou a função do setor da saúde nos esforços para a prevenção de traumatismos causados pelo trânsito, com base no conjunto de referenciais encontrados no documento *2004 World Report on Road Traffic Injury Prevention* (Relatório mundial de 2004 sobre a prevenção de traumatismos causados pelo trânsito). No âmbito dessa iniciativa, a RSPA promoveu a melhoria dos dados, a integração entre setores e a capacitação dos profissionais encarregados da segurança no trânsito, jornalistas, ONGs e outros interessados diretos na segurança no trânsito. A

Repartição também levou a cabo cooperação técnica com os países para formular planos e políticas para a segurança no trânsito, melhorar a legislação e preparar materiais didáticos.

7. ABORDAR OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E ASSEGURAR AMBIENTES SAUDÁVEIS E INÓCUOS

A promoção da saúde em todas as políticas

258. O conceito da saúde em todas as políticas é visto como uma expressão nova e inovadora da ação intersetorial e como “o braço prático” para implementar a Declaração Política do Rio sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Conforme definido na Declaração de Helsinque de 2013 sobre Saúde em Todas as Políticas, é “uma abordagem para as políticas públicas em todos os setores, que leva em conta as implicações das decisões para a saúde e a busca de sinergias, e evita impactos prejudiciais, a fim de melhorar a saúde da população e a equidade em saúde”. Embora o conceito faça referência a “todas as políticas”, isso não significa que essa abordagem deva estar presente em todas as iniciativas. Antes, se refere ao objetivo de assegurar que a preocupação e a responsabilidade no tocante aos impactos na saúde e na equidade em saúde sejam consideradas sistematicamente em todos os setores.

259. Com o apoio da Repartição, do Canadá e da OMS, o México realizou e documentou uma análise das justificativas econômicas dos setores outros que não o da saúde para abordar os determinantes sociais da saúde. A RSPA ajudou Honduras e Peru a fortalecer a capacidade para medir e monitorar as disparidades em saúde no âmbito dos determinantes sociais da saúde. A RSPA também trabalhou com países para formar capacidades para executar trabalho intersetorial, defender a saúde em todas as políticas e promover a equidade em saúde.

260. A Organização também criou e disseminou uma ferramenta para ajudar os países a documentar e sistematizar os exemplos do trabalho intersetorial no âmbito nacional, subnacional e local que demonstram o enfoque da saúde em todas as políticas. Os países usaram a ferramenta para elaborar seus próprios estudos de caso, e o Brasil, Chile, El Salvador e México coletaram evidências que demonstraram que uma abordagem de saúde em todas as políticas pode ter efeitos importantes sobre a equidade em saúde. Vários dos estudos de caso foram apresentados na 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, organizada em Helsinque em 2013. Destacaram-se o programa Bolsa Família e a iniciativa Brasil Sem Miséria, no Brasil; a experiência do Canadá com a equidade na saúde em todas as políticas; a iniciativa para a escolha de uma vida saudável, no Chile; o plano nacional para viver bem, no Equador; a Comissão Intersetorial de Saúde, em El Salvador; e o Acordo Nacional para a Saúde Alimentar – Estratégia contra o Sobrepeso e a Obesidade, no México.

261. Em 2014, o 53º Conselho Diretor aprovou o *Plano de ação sobre saúde em todas as políticas 2014-2019* (documento [CD53/10, Rev. 1](#)) em âmbito regional, o primeiro do gênero entre as regiões da OMS. O plano de ação é compatível com a estrutura da OMS intitulada Saúde em Todas as Políticas para a Ação dos Países de 2014, que promove uma

abordagem de política pública que considera sistematicamente as possíveis implicações sobre a saúde de todas as decisões de política. O plano de ação observa que a sinergia entre a promoção da saúde, os determinantes sociais da saúde, a justiça social e os direitos humanos está incorporada ao conceito da saúde em todas as políticas. Além disso, o plano de ação enfatiza a contribuição que essa abordagem daria para o enfrentamento das questões de saúde que necessitem de um enfoque intersetorial concertado. Entre essas questões, figuram as doenças não transmissíveis, a saúde universal e a sustentabilidade ambiental e a equidade em saúde.

262. Em 2015, a Repartição convocou uma consulta na qual os principais especialistas do mundo produziram um roteiro quinquenal com recomendações e ações propostas para implementar o Plano de ação sobre saúde em todas as políticas no âmbito regional. De acordo com suas recomendações, a Repartição criou um grupo de trabalho especial para definir um grupo central de indicadores da estrutura dos ODS que pode ser usado para promover ações intersetoriais e monitorar seu impacto na saúde. O grupo de trabalho também proporcionará aos países perícia técnica e orientação sob demanda no que diz respeito à implementação dos ODS.

263. Também em 2015, a RSPA fez uma parceria com o governo do Suriname, a Durham University (Reino Unido) e o Governo da Austrália Meridional para organizar o primeiro seminário regional para capacitação sobre saúde em todas as políticas no Suriname. O governo do Suriname endossou essa abordagem, manifestou sua intenção de institucionalizá-la e, com cooperação técnica da RSPA, convocou um segundo seminário em 2016, no Suriname, para dar continuidade ao processo. Participaram do seminário representantes de ministérios e de entidades não governamentais selecionadas. Os participantes formaram oito grupos de trabalho intersetoriais que formularam e negociaram 12 políticas intersetoriais para aprovação pelo Conselho de Ministros do país. Por intermédio da escritório do representante da OPAS/OMS, a RSPA continuou a promover e facilitar o processo no Suriname.

264. A RSPA estabeleceu uma parceria com o Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) do México, a Fiocruz (Brasil) e a Escola Latino-Americana de Ciências Sociais (Chile) para capacitação em saúde em todas as políticas nos âmbitos local, nacional e regional. Em fevereiro de 2017, os parceiros fizeram uma avaliação estratégica da capacitação nesse tema na Região. Identificaram-se os pontos fracos e fortes do programa até o momento e produziu-se um plano de trabalho bienal e um esquema para um relatório analítico estratégico.

265. A governança necessária para abordar os determinantes sociais da saúde não é factível sem a participação da sociedade civil e das comunidades locais. Antes da 9ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, em novembro de 2016, em Xangai (China), um “pré-fórum de prefeitos” foi realizado em Santiago, Chile, organizado em conjunto pela OPAS, pelo Ministério da Saúde do Chile e pela Rede Latino-americana e do Caribe de Gestores da Promoção da Saúde. A finalidade do evento era renovar o compromisso dos prefeitos e governos nacionais das Américas para promover cidades,

municípios e comunidades saudáveis. Uma declaração firmada por mais de 40 prefeitos instou a Região e a comunidade mundial a promover a saúde no âmbito municipal por intermédio de redes locais e a fomentar “as políticas e as ações que abordem os determinantes da saúde, os direitos humanos e as iniquidades por meio da saúde em todas as políticas e de ação intersetorial no âmbito da estrutura dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”.

Rumo a ambientes saudáveis

Segurança química

266. Em 2016, a 69^a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a resolução [WHA69.4](#), *The Role of the Health Sector in the Strategic Approach to International Chemicals Management towards the 2020 Goal and Beyond* (A função do setor da saúde no enfoque estratégico sobre a gestão dos produtos químicos internacionais rumo à meta de 2020 e além), que faz referência à meta 12.4 dos ODS⁴¹ e prevê o desenvolvimento e a implementação de um roteiro para a segurança química. A OPAS tem defendido vivamente a elaboração desse roteiro e desempenhou uma função ativa na difusão da resolução, ao facilitar as consultas com os Estados Membros, passando por fóruns sub-regionais na Jamaica e Uruguai para, respectivamente, os países de língua inglesa e de língua espanhola. Em fevereiro de 2017, a RSPA participou da primeira reunião entre sessões, que havia sido convocada no Brasil, sobre o Enfoque Estratégico para o Gerenciamento de Substâncias Químicas em Nível Internacional (SAICM, na sigla em inglês), uma estrutura de políticas para promover a segurança química em todo o mundo. Foram mantidas discussões sobre a resolução WHA69.4 e fizeram-se recomendações para a formulação de planos de trabalho nacionais para implementar o roteiro sobre a segurança química. Em 2017, a 70^a Assembleia Mundial da Saúde aprovou o roteiro para aumentar a participação do setor da saúde no SAICM.

267. A RSPA recebeu uma subvenção do Programa de Início Rápido do SAICM, para um projeto para fortalecer a rede de centros de controle de intoxicações na América Central (El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá) por meio da criação de uma plataforma virtual para a rede, bem como de cursos tutoriais sobre pesticidas e mercúrio no VCPH da OPAS.

268. A Convenção de Minamata sobre o Mercúrio, um tratado mundial firmado em 2013 para proteger a saúde humana e o meio ambiente dos efeitos adversos do mercúrio, passará a vigorar em agosto de 2017, e a primeira Conferência das Partes está confirmada para setembro de 2017. A Convenção de Minamata atribui funções importantes à OMS, à OPAS e aos ministérios da saúde, além de instar a OMS e a OPAS a formular e

⁴¹ Meta 12.4: Até 2020, alcançar o manejo ambientalmente saudável dos produtos químicos e todos os resíduos, ao longo de todo o ciclo de vida destes, de acordo com os marcos internacionais acordados, e reduzir significativamente a liberação destes para o ar, água e solo, para minimizar seus impactos negativos sobre a saúde humana e o meio ambiente.

implementar estratégias e programas para identificar e proteger as populações em risco de exposição ao mercúrio, bem como a promover a eliminação gradativa do mercúrio em dispositivos médicos e produtos. A RSPA está promovendo a substituição dos termômetros de mercúrio e esfigmomanômetros nos hospitais públicos como parte da sua cooperação técnica para proteger os profissionais de saúde, em conjunto com iniciativas colaborativas como a coalizão Health Care without Harm (Atenção à saúde sem danos) e a Rede Global de Centros Colaboradores da OMS em Saúde Ocupacional. A RSPA e a OMS estão apoiando a formulação de uma estratégia de saúde para os planos de ação nacionais a fim de eliminar ou reduzir o uso do mercúrio na extração de ouro em pequena escala.

269. Em maio de 2014, a 67^a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a resolução [WHA67.11](#), *Public Health Impacts of Exposure to Mercury and Mercury Compounds: the Role of WHO and Ministries of Public Health in the Implementation of the Minamata Convention* (Impactos sobre a saúde pública da exposição ao mercúrio e a compostos de mercúrio: A função da OMS e dos ministérios encarregados da saúde pública na implementação da Convenção de Minamata). Essa resolução orienta e facilita o trabalho da RSPA e da OMS com os Estados Membros, o comitê de negociação intergovernamental da Convenção de Minamata, a Conferência das Partes, o PNUMA, o PNUD, o Fundo Mundial para o Meio Ambiente (GEF) e outros organismos internacionais para levar à frente as disposições da Convenção nos Estados Membros. A RSPA está ajudando a difundir as diretrizes da OMS sobre os níveis de exposição ao mercúrio e promover o intercâmbio de informações na Região. Além disso, a RSPA traduziu para o espanhol o documento de orientação técnica da OMS *Replacement of mercury thermometers and sphygmomanometers in health care* (Substituição de termômetros e esfigmomanômetros de mercúrio na atenção à saúde) e o disseminado na Região das Américas. Em consonância com a Convenção de Minamata e como participante do projeto mundial da OMS referente aos resíduos dos serviços de saúde (Global Health Care Waste Project), a Argentina tem trabalhado ativamente na eliminação gradual dos dispositivos e equipamentos que contêm mercúrio de seus serviços de saúde, inclusive com a substituição de termômetros de mercúrio por termômetros digitais e a redução do uso de amálgama com mercúrio na prática odontológica.

A saúde dos trabalhadores e consumidores

270. Em 2015, o 54^o Conselho Diretor aprovou um novo *Plano de ação sobre a saúde dos trabalhadores* (documento [CD54/10, Rev. 1](#)) para o período 2015-2025 e sua respectiva resolução [CD54.R6](#). Essa resolução instou os Estados Membros a defender a igualdade e a promoção da saúde dos trabalhadores como uma prioridade, e a adotar medidas eficazes para controlar o emprego e as condições de trabalho como determinantes sociais da saúde; ampliar a cobertura universal e reforçar os sistemas de saúde e a equidade em saúde. Em colaboração com a OMS, a RSPA contribuiu para o desenvolvimento de um trabalho relativo às perspectivas nacionais para a saúde dos trabalhadores em Cuba, Colômbia, Jamaica e República Dominicana, para identificar as

necessidades e lacunas, com o intuito de elaborar planos de ação nacionais sobre a saúde dos trabalhadores. Em 2017, a Argentina, a Guatemala e a Guiana iniciaram o processo de elaboração dos seus planos de ação nacionais, e a Bolívia e Honduras seguiram o exemplo. Esses planos de ação enfatizam a necessidade de atualizar os quadros jurídicos e as regulamentações técnicas referentes à saúde dos trabalhadores, além de abordar a situação crítica do setor informal em expansão — inclusive o emprego informal — que gera impactos sobre o progresso e o desenvolvimento em âmbito nacional e regional.

271. Um esforço renovado foi lançado no início de 2017 para abordar a força de trabalho da saúde com base na estrutura mundial da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da OMS para os programas nacionais de saúde ocupacional para os profissionais da saúde. A RSPA, em colaboração com a OMS e a rede de centros colaboradores para a saúde ocupacional, está formando capacidades em saúde e segurança ocupacional nas instituições de saúde. Destaca-se a implementação da ferramenta HealthWISE da OIT e OMS, que permite examinar as condições de trabalho e de emprego dos profissionais da saúde. A ferramenta passou por testes nos Estados Unidos e será testada também nas Bahamas e em Granada. Uma versão em espanhol passará por testes na Colômbia e em Honduras.

272. A RSPA liderou as iniciativas para fazer face à epidemia de doenças ocupacionais e à respectiva falta de dados a esse respeito. Entre essas iniciativas, destacam-se:

- a) A identificação dos casos de exposição a carcinógenos. A fim de identificar onde, como e que trabalhadores estão expostos a carcinógenos no local de trabalho, os países estão implementando projetos nacionais CAREX (sigla em inglês formada pelas palavras CARcinogen EXposure) com a orientação da OPAS, e em conjunto com o projeto CAREX no Canadá (*CAREX Canada*) e com centros colaboradores da OPAS/OMS para a saúde ocupacional. O CAREX calcula os casos de exposição ocupacional a carcinógenos e fornece informações importantes para a formulação de políticas de saúde pública e recomendações sobre a prevenção dos tipos ocupacionais de câncer por meio do controle da exposição. Um total de 24 países participou de três seminários internacionais para capacitar ministérios da saúde, institutos de câncer, higienistas industriais e outros interessados diretos no desenvolvimento de projetos CAREX em âmbito nacional.
- b) A atualização de guias técnicos para diagnóstico de doenças ocupacionais, com o apoio de dois centros colaboradores.
- c) A classificação da doença renal crônica de causas não tradicionais ou desconhecidas (DRCnT) como uma doença ocupacional. A estrutura para a vigilância ocupacional e ambiental da doença renal crônica de origem indeterminada nos países mesoamericanos está próxima de ser concluída.
- d) O fortalecimento dos sistemas de informação. Foi concluído um resumo dos sistemas de informação para a identificação, registro e informação sobre as doenças ocupacionais, acidentes e mortes no trabalho, a fim de identificar as necessidades e lacunas.

- e) O fortalecimento da colaboração com os interessados diretos. A RSPA continua a trabalhar com os Estados Membros; outros organismos das Nações Unidas, em especial a OIT; a OEA e outros interessados diretos e redes para formar capacidades para monitorar, documentar e fazer face aos problemas e tendências que afetam a saúde dos trabalhadores.

273. A RSPA reconhece o impacto significativo que os bens de consumo podem ter sobre a saúde. Em agosto de 2015, organizou na República Dominicana o primeiro seminário internacional sobre lesões relacionadas com o consumidor, com participantes dos setores nacionais da saúde e de associações de defesa do consumidor de 19 países. Os participantes concordaram com a definição de lesões relacionadas com o consumidor e se comprometeram a começar a coletar dados que permitiriam estimar a carga dos produtos pouco seguros e facilitar o desenvolvimento conjunto de medidas de mitigação. A Argentina, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica e Estados Unidos obtiveram avanços consideráveis em matéria de dados sobre esse problema. A OPAS continua a participar da Rede de Consumo Seguro e Saúde (CSHN, na sigla em inglês), que já existe desde 2010 e é organizada pela OEA e pela OPAS.

Água e saneamento

274. A RSPA trabalhou com os países para elaborar e implementar estratégias e planos na área de água e saneamento. Entre as intervenções, destacam-se a adoção de parâmetros para o monitoramento da qualidade da água em Antígua e Barbuda; a avaliação da água, saneamento e higiene nas Bahamas; a implementação da metodologia da OMS e da Associação Internacional da Água (IWA) no nível ministerial e em âmbito local com parceiros na Colômbia, Costa Rica, e Paraguai; a formulação de um plano de segurança da água com base na metodologia elaborada pela OMS e IWA em Granada; e a implementação de um programa para retirar arsênico do abastecimento de água nas comunidades rurais na Nicarágua. Foram identificados locais para a recuperação e reutilização de recursos em Lima (Peru) para projetos-piloto com o objetivo de gerar evidências sobre a aplicação de planos de segurança do saneamento para o manual da OMS sobre esse tema, em colaboração com o Instituto Internacional de Gestão dos Recursos Hídricos (IWMI) e o Instituto Suíço de Saúde Pública e Doenças Tropicais.

275. A RSPA continuou a fortalecer as capacidades dos países para o uso de planos de segurança da água e do saneamento, com atividades de capacitação presenciais e virtuais. A capacitação presencial sobre os planos de segurança da água foi realizada na Argentina, Brasil e Jamaica, enquanto o curso virtual de autoaprendizagem sobre esse mesmo tema está disponível no VCPH da OPAS desde maio de 2016. Em maio de 2017, o curso virtual sobre planos de segurança do saneamento, elaborado em colaboração com a AECID, foi posto on-line, com acesso gratuito para todos os profissionais interessados na gestão segura dos serviços de água e saneamento.

276. A RSPA criou novas ferramentas de coordenação regional para a gestão de riscos relacionados à água, saneamento e higiene durante emergências, inclusive uma “lista de

verificação de coordenação” e um “guia rápido” para definir as responsabilidades do Grupo Orgânico das Nações Unidas, além de uma nova Plataforma de Coordenação Virtual. Belize, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Equador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Paraguai incorporaram essas ferramentas aos seus mecanismos de coordenação da água e saneamento.

Mudança climática e saúde

277. A mudança climática é reconhecida como uma grave ameaça à saúde pública. Em âmbito mundial, a OMS calcula que, entre 2030 e 2050, a mudança climática terá produzido 250.000 mortes a mais por ano devido à desnutrição, malária, diarreia e estresse térmico. Como parte de seu trabalho nessa área, a RSPA assumiu um papel de liderança na 20ª Conferência das Partes da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre a Mudança do Clima (UNFCCC COP20), realizada em dezembro de 2014, em Lima (Peru). A RSPA defendeu vivamente a consideração explícita das dimensões da saúde da mudança climática, sobretudo porque se relacionavam com questões de equidade. Durante a COP21 em 2015, a RSPA e a OMS colaboraram com outros organismos para defender a inclusão de temas relacionados com a saúde no Acordo de Paris, firmado por 197 Estados Membros e ratificado por 153.⁴² A Repartição está preparando os perfis dos países da OMS-UNFCCC sobre o clima e a saúde para as Américas, cujo objetivo é projetar cenários relacionados com a saúde com respeito à mudança climática, como ondas de calor, inundações, desastres e doenças específicas transmitidas por vetores e pela água. Os cenários do Brasil, Colômbia, Estados Unidos, México e Peru já foram publicados, enquanto os do Canadá, Costa Rica e Panamá estão sendo finalizados. Está em curso o desenvolvimento dos cenários do Caribe e dos demais países da Região.

278. Nas Américas, a poluição do ar é o principal risco para a saúde ambiental, e a RSPA trabalhou para fortalecer as capacidades dos Estados Membros para fazer face à poluição do ar ambiental e do ar doméstico e aos seus efeitos sobre a saúde. Em 2014, a RSPA se tornou uma parceira da Aliança Global para Fogões Limpos⁴³ e, em 2016, participou da reunião anual da Coalizão do Clima e Ar Puro (CCAC).⁴⁴ A Repartição lançou as diretrizes da OMS sobre a qualidade do ar em locais fechados em uma reunião regional em Honduras, em 2015, quando foi destacada a importância de incorporar o setor da saúde às discussões pertinentes. As diretrizes da OMS sobre a qualidade do ar buscam mitigar a poluição do ar e seu impacto tanto sobre a mudança climática como sobre a saúde no âmbito local, e os participantes da reunião examinaram os programas nacionais existentes em seus respectivos países para reduzir o uso de combustíveis sólidos e fazer a transição para tecnologias e combustíveis mais limpos. Em 2016, a OMS, o PNUMA e a CCAC lançaram a campanha BreatheLife⁴⁵ para conscientizar sobre a poluição do ar e seus efeitos sobre a saúde; a RSPA está organizando um seminário regional na Colômbia, em outubro de 2017, para lançar a campanha nas Américas.

⁴² Situação em julho de 2017.

⁴³ Disponível em inglês em: <http://cleancookstoves.org/>.

⁴⁴ Disponível em inglês em: <http://www.ccacoalition.org/en>.

⁴⁵ Disponível em inglês em: <http://breathelife2030.org/>.

279. A RSPA desenvolveu um curso aberto on-line sobre a mudança climática e a saúde, em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) do México, para conscientizar e fortalecer as capacidades sobre a mudança climática e a saúde. Até meados de julho de 2017, o curso havia tido mais de 3.400 participantes de 23 países. No momento, a Organização está atualizando o curso e elaborando módulos em inglês, e também está projetando um curso para representantes da saúde para facilitar a elaboração de capítulos sobre saúde nos planos nacionais de adaptação à mudança climática. A Repartição também ajudou os países a participar das atividades de formação do PNUMA–PNUD para a elaboração desses planos nacionais de adaptação, como parte do esforço para incorporar temas da saúde à agenda da mudança climática.

8. PROMOVER O DESENVOLVIMENTO E A CAPACIDADE INSTITUCIONAL DA RSPA

280. A Repartição continuou a perseguir políticas e práticas para melhorar sua liderança, gestão, eficiência, transparência, prestação de contas e ética, e para promover o tratamento justo no local de trabalho. As recomendações das avaliações e auditorias internas e externas foram analisadas cuidadosamente, discutidas com os Estados Membros e implementadas conforme o caso, o que resultou em iniciativas e desdobramentos no nível institucional que melhoraram as operações e o impacto da Repartição.

Liderança e governança

Política do Orçamento da OPAS

281. Durante o período de apresentação de informações, a *Política do Orçamento da OPAS* aprovada pela 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana em 2012 orientou a alocação de recursos para as operações nos âmbitos regional, sub-regional e nacional. A Política incorporou as recomendações feitas pelo Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação da RSPA (IES) com base na sua avaliação da política do orçamento anterior, bem como os ajustes em resposta às próprias lições extraídas pela Organização. Entre as mudanças, destacam-se novas normas e recursos para a presença da OPAS nos países a fim de manter um envolvimento robusto com os Estados Membros, a incorporação da desigualdade de renda (o coeficiente de Gini) em uma avaliação ampliada dos países com base nas necessidades, um componente baseado nos resultados projetado para acelerar o cumprimento das metas programáticas nos países e a melhoria das técnicas estatísticas e de modelagem de modo a proporcionar resultados mais realistas e utilizáveis da distribuição de recursos.

282. A RSPA apresentou os resultados de uma avaliação provisória da Política do Orçamento da OPAS de 2012 à 158ª Sessão do Comitê Executivo da OPAS em junho de 2016 (documento [CE158/12](#), em espanhol), recomendando a aplicação contínua da Política do Orçamento para o biênio 2016-2017. Contudo, a Repartição observou que, desde a sua implementação, houvera várias mudanças nas políticas e procedimentos que poderiam afetar a Política do Orçamento da OPAS. Uma avaliação minuciosa da Política do Orçamento está programada para 2018 para que continue a responder à evolução das necessidades em matéria de saúde e faça uma alocação sistemática dos recursos de maneira equitativa.

Reforma da OMS

283. O processo ora em curso de reforma da OMS, lançado em 2011 em resposta à evolução das necessidades para exercer a liderança mundial no campo da saúde pública, continuou a avançar. A Diretora da OPAS iniciou e manteve um estreito diálogo com os

Estados Membros para mantê-los plenamente informados dos novos desdobramentos; para ouvir-lhes as reações sobre as questões cruciais e para prestar assessoria sobre o processo e suas implicações para a OPAS. Vários Estados Membros da OPAS cumpriram funções centrais nas negociações em âmbito mundial ao liderar grupos de trabalho da OMS ou tomar parte deles.

284. Muitas das reformas contempladas pela OMS já foram adotadas pela RSPA, antes da sua implementação na Sede da OMS, inclusive nas áreas programática, de gestão e do orçamento. A OMS promoveu três questões de especial importância para a RSPA e os Estados Membros da OPAS: *a)* propostas de mudança na estrutura de governança da OMS; *b)* a proposta do novo Quadro de Colaboração com Agentes não Estatais (FENSA) e *c)* a criação de um novo Programa de Emergências de Saúde da OMS. As propostas abarcaram novas linhas de comando e prestação de contas, e levantaram a possibilidade de grandes desafios para a estrutura constitucional da OPAS. Essa estrutura estabelece a OPAS como o organismo especializado para a saúde dentro do sistema interamericano e reafirma a condição da OPAS como uma entidade independente, que, juntamente com seu Diretor, é diretamente responsável perante os Estados Membros das Américas. Considerando essa situação especial, única entre os escritórios regionais da OMS, a Repartição e os Estados Membros da OPAS contribuíram para as negociações, enfatizando a importância de alinhar a OPAS com as novas reformas de modo a reforçar a tomada de decisões e a transparência no âmbito mundial, ao mesmo tempo em que se respeitasse a condição da OPAS de organismo internacional independente.

285. Com respeito às reformas da governança da OMS, os Estados Membros da OPAS apoiaram as recomendações no sentido de aumentar a coordenação e alinhamento da Região com a OMS nas áreas de gestão e transparência, mas também salientaram a importância das especificidades regionais.

286. Nas negociações sobre o FENSA, os delegados das Américas enfatizaram que, desde 2005, a OPAS tinha as suas próprias diretrizes para colaborar com os agentes não estatais, como o setor privado, as ONGs, as fundações e as instituições acadêmicas. Com base no entendimento de que o FENSA constituiria mais um meio para garantir o envolvimento com os agentes não estatais, usando um enfoque baseado em princípios, exequível e equilibrado que não comprometesse a independência, a credibilidade nem a reputação da Organização, a Repartição submeteu o FENSA à consideração do 55º Conselho Diretor da OPAS em 2016. O Conselho Diretor aprovou a resolução [CD55.R3](#), adotando o FENSA; substituindo, especificamente, as *Diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde para a Colaboração com Empresas Comerciais* e os *Princípios que Regem as Relações entre a Organização Pan-Americana da Saúde e as Organizações Não Governamentais*; e instruindo que o FENSA fosse implementado de maneira uniforme e coerente, respeitando a Constituição da OPAS e em conformidade com a situação jurídica da OPAS.

287. Os Estados Membros da OPAS apresentaram uma declaração conjunta à 69ª Assembleia Mundial da Saúde em 2016 manifestando seu apoio ao novo Programa de

Emergências de Saúde da OMS, ao mesmo tempo em que destacaram que o Departamento de Prontidão para Emergência e Assistência em Caso de Desastres (PED) vinha sendo extremamente eficaz na resposta a emergências e desastres na Região das Américas, com base em 40 anos de experiência, conhecimentos especializados e lições extraídas. Os países enfatizaram que seu apoio ao novo Programa da OMS pressupunha que o programa regional da OPAS continuaria a atender plenamente as necessidades dos Estados Membros nas Américas, ao mesmo tempo em que funcionaria de maneira coordenada com o Programa da OMS. A RSPA reestruturou o PED, transformando-o no Departamento de Emergências de Saúde (PHE), com o objetivo de melhorar a harmonização das funções com a OMS.

Transparência, prestação de contas e gestão de riscos

Aprender com as auditorias e promover a avaliação

288. O IES fez auditorias em várias representações da OPAS/OMS nos países e avaliou a observância da gestão baseada em resultados, entre outras questões. Em 2014, a Repartição contratou um auditor interno para avaliar os riscos e os controles internos do programa Mais Médicos no Brasil. O auditor terá quatro tarefas de auditoria interna anualmente enquanto durar o programa. Além disso, por recomendação do Comitê de Auditoria da OPAS, o Escritório de Ética colaborou com a representação da OPAS/OMS no Brasil para oferecer formação em português e espanhol a toda a equipe do Mais Médicos. Essa formação se concentrou nos possíveis riscos do programa; nos esforços e iniciativas existentes em toda a Repartição para identificar, prevenir e combater fraudes, corrupção e condutas indevidas no local de trabalho; e nas políticas e programas concebidos para promover um ambiente de trabalho em que todo o pessoal é tratado com dignidade e respeito.

289. A implementação das recomendações de auditoria interna continuou a melhorar: a taxa acumulada de implementação das recomendações desde 2011 aumentou de 87% (576 de 663 recomendações) até 31 de dezembro de 2015 para 90% (613 de 678) até 31 de dezembro de 2016. O IES também iniciou a coleta e organização da grande quantidade de informações disponíveis de avaliações anteriores e produziu a primeira lista da Organização de todas as avaliações feitas tanto internamente como por interessados diretos externos, um primeiro passo fundamental para analisar e compreender as lições extraídas dessas atividades. Em março de 2015, a Repartição elaborou o primeiro de uma série de relatórios semestrais que consolidarão as principais lições extraídas dos relatórios de avaliação, para difusão em toda a Organização. O objetivo é usar as avaliações, cujo alcance vai além de programas individuais ou das representações nos países, para facilitar as melhorias em curso e os processos decisórios na Repartição, bem como ampliar a memória institucional e contribuir para o desenvolvimento da Organização.

290. O IES continuou a colaborar com a função de avaliação da OMS para promover um enfoque sistemático e harmonizado no trabalho de avaliação. O IES distribuiu e promoveu o *Evaluation Practice Handbook* (Manual prático de avaliação) da OMS na

RSPA e forneceu à RSPA os aspectos da avaliação da presença da OMS nos países, para a qual o México foi um dos oito países selecionados em todo o mundo para estudos de casos aprofundados.

Gestão de riscos

291. A OPAS continuou a implementar seu programa de gestão de riscos institucionais (ERM) para identificar, monitorar, avaliar e controlar os riscos atuais inerentes às operações de negócio e atividades de cooperação técnica da OPAS. A política de gestão de riscos institucionais da OPAS foi aprovada em 2013 e, pouco depois, foi publicado de novo manual de ERM. Foram realizadas avaliações dos riscos de vários programas e projetos técnicos e administrativos, e os pontos focais para a gestão de riscos receberam capacitação em avaliação de riscos na sede da OPAS e em Barbados, Brasil e Panamá.

292. Um registro de riscos institucionais foi criado em 2014 para fortalecer a cultura da gestão de riscos na Organização e permitir a cada centro de custos documentar os principais riscos para a implementação de seu plano de trabalho bienal, seu impacto probabilístico e em potencial, e a implementação de ações de mitigação. O registro de riscos é examinado periodicamente em coordenação com o processo de planejamento institucional.

293. Em 2015, o programa de ERM foi atualizado, e o Comitê Permanente de ERM (ERMSC, na sigla em inglês) foi restabelecido para assegurar que a gestão eficaz dos riscos fosse operacionalizada como uma função gerencial essencial. O ERMSC tem ampla representação dos gestores de alto escalão para assessorar a Direção Executiva da RSPA na melhoria da cultura de prestação de contas e incorporação da gestão de riscos aos processos institucionais. Em 2016, o programa de ERM foi integrado ao processo de planejamento para o biênio 2018-2019. Com base em uma análise abrangente do registro de riscos de 2016-2017, modificou-se o registro de riscos de 2018-2019 de modo a consolidar os riscos comuns a todas as entidades, e orientações revistas foram disseminadas por meio de uma recém-criada rede de ERM. Por meio do programa de ERM, a Direção Executiva da RSPA examina regularmente a evolução dos principais riscos institucionais, identifica os responsáveis por esses riscos, lhes dá sugestões e orientações sobre as medidas preventivas. Além disso, o Comitê da Auditoria da OPAS recebe relatórios de ERM regularmente.

Planejamento estratégico, coordenação de recursos e apresentação de informações

294. A Organização continuou a implementar uma estrutura de gestão baseada em resultados, com avanços importantes obtidos em conjunto com a elaboração do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019. Esse plano estratégico foi o primeiro a ser elaborado em colaboração com um grupo consultivo dos Estados Membros nomeado pelo Comitê Executivo da OPAS. O plano abordou as prioridades regionais em matéria de saúde e, ao mesmo tempo, foi alinhado em termos programáticos com o Programa Geral de Trabalho

da OMS. Além disso, continha uma cadeia de resultados refinada para refletir melhor os avanços e a responsabilidade conjunta da RSPA e dos Estados Membros, assim como uma melhor descrição dos resultados e indicadores dos resultados imediatos, resultados intermediários e impactos. Os novos indicadores foram incorporados ao processo de monitoramento e avaliação do desempenho para reforçar a contribuição desse importante componente do enfoque baseado em resultados para que as entidades da OPAS em todos os níveis pudessem monitorar o progresso e melhorar a prestação de contas pela Direção.

295. Em 2014, a OPAS elaborou uma metodologia inovadora e robusta para identificar, de forma sistemática e objetiva, as áreas prioritárias do programa em que sua cooperação técnica claramente agregaria valor, tomando como base o Método de Hanlon para Priorizar Problemas da Saúde. Por meio da resolução [CD53.R3](#), o 53º Conselho Diretor solicitou que a Diretora continuasse “a consultar os Estados membros para aperfeiçoar o marco de estratificação das prioridades programáticas e aplicá-lo aos programas e orçamentos futuros”. Em 2016, em colaboração com o Grupo Consultivo sobre o Plano Estratégico, que abrange representantes de 12 Estados Membros, a RSPA adaptou e refinou ainda mais a metodologia de Hanlon para produzir uma estrutura de estratificação das prioridades programáticas revista (documento [CD55/7](#), 2016). Realizaram-se consultas nacionais em mais de 36 países e territórios da Região para identificar as áreas prioritárias do programa para o biênio 2018-2019. A metodologia também foi incorporada às diretrizes de 2016 da OMS para a elaboração das Estratégias de Cooperação nos Países (ECP).

296. A Repartição propôs modificações no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 com base em vários fatores: prioridades novas e emergentes na Região; os refinamentos de 2016 da metodologia OPAS-Hanlon para a definição de prioridades; os resultados dos exercícios de priorização realizados com os Estados Membros e o alinhamento funcional da OPAS com o Programa de Emergências de Saúde da OMS. Entre outros ajustes, a versão modificada do Plano Estratégico, a ser apresentada à 29ª Conferência Sanitária da OPAS em setembro de 2017, contém áreas programáticas revistas na Categoria 1 (Doenças transmissíveis) e Categoria 5 (Emergências de saúde), o que resulta em um aumento de 30 para 34 áreas programáticas. Talvez sejam necessárias alterações no Programa e Orçamento 2016-2017 para alinhá-lo com as propostas de revisão.

297. Uma grande inovação com respeito ao Programa e Orçamento 2016-2017 da OPAS foi a adoção de um enfoque integrado de orçamento, em que os Estados Membros passaram da aprovação apenas da parcela do orçamento ordinário dos programas da OPAS para a aprovação do orçamento completo. Isso permitiu aos Estados Membros ter um retrato mais amplo do orçamento e deu mais flexibilidade à Repartição para gerir os recursos e assegurar o financiamento máximo de todos os programas da OPAS.

298. Em novembro de 2015, a Repartição e os Estados Membros realizaram a primeira avaliação conjunta de fim de biênio, o primeiro processo desse tipo a ser levado a cabo em uma região da OMS. Ao avaliar a implementação do Programa e Orçamento 2014-2015 e os dois primeiros anos do Plano Estratégico atual, essa atividade

proporcionou uma oportunidade única à Repartição e aos Estados Membros de examinar conjuntamente os ganhos, brechas, desafios, oportunidades e lições extraídas na Região em termos de saúde pública. A avaliação foi facilitada pela implementação do novo Sistema de Monitoramento de Planos Estratégicos da Repartição (SMPE), desenvolvido em colaboração com os Estados Membros e aprovado formalmente por eles, no âmbito do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019.

299. A avaliação conjunta começou com as avaliações no nível nacional, as quais foram validadas pelo pessoal técnico da Repartição e consolidadas em resultados abrangendo toda a Organização. As constatações foram apresentadas ao 55º Conselho Diretor em 2016 em um documento intitulado *Relatório da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento de 2014-2015/Primeiro relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (documento [CD55/5](#)). A participação nessa primeira avaliação conjunta foi de 100%, com o envolvimento de todos os 52 países e territórios da Região. Os Estados Membros recomendaram que a experiência fosse compartilhada com a OMS e outras regiões da OMS como uma boa prática em termos de transparência, prestação de contas e apresentação de informações.

300. Todos os Estados Membros da OPAS subscrevem acordos e mandatos sub-regionais, regionais e mundiais, e os países e territórios têm muito em comum. Contudo, também apresentam variações significativas em termos de tamanho, geografia, capacidade, etnia, cultura e estado de saúde. Por sempre haver reconhecido que “não existe solução única para todos”, a RSPA, em sua cooperação técnica, tem buscado identificar intervenções que possam beneficiar grupos de países, mas também tem analisado e trabalhado com as características que tornam cada país único.

Adaptação da cooperação técnica

Cooperação centrada nos países

Uma avaliação de 2013 da implementação nas Américas da política da OMS de foco nos países resultou em recomendações para que a OPAS reforçasse esse foco. Essa avaliação foi a segunda do gênero no caso da RSPA; uma avaliação anterior, em 2003, resultou na criação da Unidade de Apoio aos Países (CSU) na sede da OPAS. A avaliação mais recente desencadeou a reestruturação da CSU em janeiro de 2014, que foi transformada no Escritório de Coordenação Nacional e Sub-regional (CSC), para refletir de maneira mais apropriada suas funções estratégicas e analíticas e para melhorar o alinhamento com o plano de implementação de alto nível da reforma da OMS. A avaliação também confirmou a importância de garantir que houvesse uma estratégia de cooperação da OPAS/OMS para cada país, a fim de oferecer uma estrutura para a cooperação técnica sob medida a partir de todos os níveis da Organização, no intuito de abordar as prioridades nacionais acordadas para o desenvolvimento da saúde.

Contribuições voluntárias nacionais

Essas contribuições são recursos que cada Estado Membro fornece à OPAS exclusivamente para a cooperação técnica no respectivo país e permitem à Organização se concentrar em oferecer a perícia técnica necessária — em vez de procurar financiamento inicial ou tentar mobilizar recursos financeiros — para fazer face às prioridades nacionais específicas em termos de desenvolvimento e saúde. Durante 2014-2015, os Estados Membros contribuíram com um total

de US\$ 254,2 milhões em contribuições voluntárias nacionais para a implementação de programas de cooperação técnica nacionais. Além disso, o programa Mais Médicos alcançou níveis de execução que superar a cifra de US\$ 1,163 bilhão.

Cooperação entre países para o desenvolvimento da saúde

A cooperação triangular e a cooperação técnica entre os países (CTP), que formam a imagem da Organização, foram reconhecidas por muito tempo como um excelente mecanismo para promover boas práticas adequadas, compartilhar conhecimento e perícia, e demonstrar solidariedade, pan-americanismo e cooperação Sul-Sul. Consciente de que tanto a cooperação internacional em saúde como a CTP evoluíram com o passar do tempo rumo a um conceito mais amplo de parcerias horizontais e cooperação entre os países, em outubro de 2013 os Estados Membros da OPAS aprovaram uma nova política de cooperação para o desenvolvimento da saúde nas Américas (documento [CD52/11](#)).

A RSPA começou a implementar essa política com a criação de um grupo de trabalho sobre a cooperação entre os países para o desenvolvimento da saúde (CCHD, na sigla em inglês) e fez uma avaliação de sua CTP durante o período de 2008 a 2013. Fizeram-se recomendações para que essa cooperação se tornasse mais estratégica e abrangesse setores outros que não o da saúde, a sociedade civil e o setor privado, conforme o caso, a fim de dar continuidade à promoção do desenvolvimento da saúde nacional. Essa modalidade mais ampla potencializa melhor os conhecimentos especializados no campo do desenvolvimento da saúde e gera novos modelos para iniciativas de colaboração futuras, sobretudo para fazer face aos desafios associados à Agenda de Desenvolvimento Sustentável. A RSPA está em uma posição singular para liderar a CCHD, pois há muito tempo exerce a função de convocar e reunir os principais interessados diretos da Região na saúde pública. A Repartição implementou um mecanismo para financiar os projetos de CCHD e elaborou diretrizes processuais, modelos de projetos e metodologias de avaliação, que estão sendo disseminados entre os Estados Membros e parceiros estratégicos. Desde 2014, houve 51 projetos qualificados nessa modalidade de cooperação, entre projetos já concluídos e em andamento.

Além disso, a Repartição criou o Programa de Fortalecimento da Cooperação para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas, em parceria com o Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz, um centro colaborador da OPAS/OMS para a saúde mundial e a cooperação Sul-Sul. O Programa busca fortalecer as capacidades dos escritórios de relações internacionais nos países, e representantes de 33 Estados Membros participaram de reuniões presenciais, sessões virtuais e trabalho com mentores em áreas conectadas com a diplomacia e a cooperação em saúde, desafios atuais à saúde mundial, governança da saúde mundial, saúde em processos de integração regional e sub-regional, e saúde na política externa.

Aperfeiçoamento da cooperação técnica sub-regional

Entidades de integração política sub-regional nas Américas existem desde meados do século XX. Essas entidades representam grupos de países por meio dos quais os Estados Membros da OPAS abordam questões em conjunto, trocam experiências e colaboram entre si. Dada a importância do seu poder político e decisório e da oportunidade significativa que essas entidades constituem para o fortalecimento da cooperação técnica, ao longo dos anos a RSPA vem explorando e implementando mecanismos para interagir e cooperar com essas entidades em temas relacionados com a saúde.

Por muitos anos, a sub-região do Caribe contou com um coordenador de programas sub-regional, um plano de trabalho bienal sub-regional e, mais recentemente, uma estratégia formal de cooperação sub-regional que responde, principalmente, à agenda de saúde da Comunidade do Caribe (CARICOM): a Cooperação para a Saúde no Caribe (CCH). A estratégia de cooperação sub-regional complementa, em vez de duplicar, as ECP dentro da sub-região, e a Secretaria da CARICOM é o principal homólogo sub-regional da Organização na sua implementação.

A extinção de cinco instituições de saúde regionais da CARICOM culminou na incorporação de suas funções à Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA), criada em 2011 por meio de um acordo intergovernamental entre os países membros da CARICOM. A CARPHA deu início a suas operações em janeiro de 2013, e a OPAS, que havia administrado duas das cinco instituições extintas como centros especializados,⁴⁶ forneceu recursos humanos e financeiros significativos para o estabelecimento da CARPHA. A RSPA continua a contribuir e colaborar com a CARPHA em áreas de interesse comum, como a prevenção e controle das DNT, o reforço da capacidade básica para a implementação do RSI e a prevenção de desastres e resposta.

As sub-regiões da América Central e América do Sul também tiveram planos de trabalho bienais sub-regionais, com a supervisão da sua implementação cabendo à coordenação regional e sub-regional. Contudo, desde 2013 a RSPA tem tomado medidas para fortalecer a cooperação técnica nessas sub-regiões por meio de uma colaboração mais estruturada com as respectivas entidades importantes de integração política, a fim de desenvolver as análises de situação sub-regionais e os planos de trabalho bienais. Mais recentemente, a RSPA iniciou a nomeação de um coordenador sub-regional de programas para cada uma dessas sub-regiões.

A estratégia de cooperação técnica sub-regional da OPAS continuará a tirar proveito das oportunidades para trabalhar estrategicamente com as entidades de integração e promoverá o intercâmbio sub-regional conforme o caso, fortalecendo e aproveitando a colaboração já existente entre a CARICOM e o SICA.

301. Para os países da América Latina e Caribe, a maioria deles de média renda, está ficando cada vez mais difícil mobilizar recursos para a cooperação para o desenvolvimento. Portanto, é imperioso que a RSPA amplie sua base de apoio para além dos seus parceiros tradicionais e desenvolva novos enfoques para mobilizar recursos. Em março de 2017, a OPAS e o Ministério da Saúde e Serviços Sociais de Quebec (Canadá) firmaram um acordo para empreender ações conjuntas nas questões prioritárias de saúde, como o fortalecimento dos sistemas de saúde, a saúde materno-infantil e os determinantes sociais da saúde. As atividades no âmbito do acordo abrangerão cursos e seminários, a difusão de informações estratégicas, o desenvolvimento de projetos conjuntos e o intercâmbio de conhecimento e experiências.

302. A constante evolução do cenário de financiamento e a variada gama de agentes com influência que investem na saúde e no desenvolvimento demandam métodos de participação inovadores e diversos. A Repartição estabeleceu claramente como prioridade a captação dos recursos necessários para fechar o déficit de financiamento e alcançar os objetivos do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, ao reestruturar e remodelar

⁴⁶ Os centros especializados da OPAS eram o Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) e o Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI).

departamentos específicos e contratar pessoal novo com o talento, as qualificações profissionais e as competências de que a Organização agora precisa.

Gestão e administração

Gestão de recursos humanos

303. Em 2014, a Repartição lançou uma iniciativa de recursos humanos intitulada *Uma Estratégia para Pessoas para 2015-2019*, com o objetivo de fortalecer a parte mais importante do patrimônio da Organização: seu capital humano. O objetivo da estratégia é que a Repartição consiga atrair e manter grandes talentos com as qualificações e competências certas, e que o ambiente de trabalho da Repartição permita aos funcionários ter o melhor desempenho possível. O processo para formular essa estratégia envolveu pesquisas com o pessoal e grupos de trabalho que consideraram três áreas: a arquitetura da força de trabalho, a renovação das qualificações e a modernização das representações e centros nos países. Cinco temas abrangentes foram elaborados e incorporados à Estratégia: reforçar o alinhamento e a agilidade; promover o talento em todos os níveis; estimular o desempenho e a prestação de contas; exercer uma liderança inspiradora visando a mudança; e criar um ambiente de trabalho de nível internacional e uma função de recursos humanos facilitadora.

304. A RSPA continuou a oferecer amplas oportunidades ao seu pessoal para desenvolver novas habilidades e adquirir conhecimento, inclusive com o desenvolvimento de um novo Portal do Aprendizado e planos de aprendizagem individuais para as diferentes unidades e departamentos. Em 2016, a Repartição lançou uma nova plataforma institucional de aprendizagem eletrônica em cooperação com a OMS e começou a produzir os módulos de aprendizagem específicos da OPAS visando competências fundamentais para o desenvolvimento profissional.

305. A Repartição implementou um novo mapa baseado nas competências que identifica as competências básicas para todo o pessoal da Repartição — técnico, administrativo e gerencial —; esse mapa foi incorporado plenamente a todas as descrições de cargos e entrevistas nos processos de seleção de pessoal. A Repartição também continuou a promover a conduta ética em suas operações e atividades, com várias iniciativas importantes para tornar o pessoal mais consciente das questões éticas, atacar possíveis conflitos de interesses e possibilitar melhorias no ambiente de trabalho, por meio do Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da OPAS.

Reforçar o Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da OPAS (ICMS)

O Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da RSPA (ICMS) tem como objetivo promover e possibilitar a transparência, a ética e a justiça no local de trabalho. O ICMS é composto por vários recursos, como o Escritório de Ética (coordenador do ICMS), o Escritório do Ombudsman, o Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação (IES), o Departamento de Gestão de Recursos Humanos (HRM), o Escritório do Assessor Jurídico (LEG) e o Comitê de Apelação da

OPAS. Existe também um Serviço de Ajuda sobre Ética gratuito e confidencial, e a Associação de Pessoal da OPAS mantém um envolvimento ativo com o pessoal e a Direção para zelar pela justiça e equidade. Alguns exemplos das conquistas de algumas entidades que formam o ICMS estão resumidos a seguir.

Escritório de Ética

- Ofereceu capacitação sobre questões éticas, como o desenvolvimento e implementação de um novo curso de aprendizagem eletrônica centrado nos princípios definidos no *Código de Princípios Éticos e de Conduta da Repartição*, na *Política sobre a Prevenção e Resolução de Assédio no Local de Trabalho* e na *Política de Tolerância Zero à Fraude e à Corrupção*, entre outros. O objetivo desse curso é ilustrar como o respeito mútuo e as relações de trabalho cordiais podem gerar um ambiente de trabalho mais eficaz e produtivo.
- Lançou uma iniciativa em 2014 para tornar o pessoal mais consciente das questões éticas, com um novo programa de divulgação de conflitos de interesses concebido para assegurar que os interesses particulares do pessoal não interferissem em seus deveres oficiais nem comprometessem a integridade da Organização.
- Elaborou uma nova pesquisa sobre o clima ético e o ambiente de trabalho da Repartição, no intuito de avaliar o ambiente de trabalho em diferentes escritórios da Repartição e medir o nível de consciência do pessoal sobre as políticas e recursos do ICMS. A pesquisa também verificou se as pessoas se sentiam à vontade trabalhando na OPAS e se achavam que seu trabalho era valorizado. Os resultados da pesquisa serão usados para identificar áreas específicas de interesse que exijam mais atenção.

Escritório do Ombudsman

- Identificou preocupações do pessoal da OPAS a respeito do local de trabalho e elaborou recomendações para resolvê-las. As principais questões foram a eficácia da supervisão, o clima nos departamentos, o respeito e o tratamento, o avanço e desenvolvimento na carreira, o estresse relacionado com o trabalho, o equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal, e as decisões administrativas e a aplicação das regras. Entre as recomendações, destacam-se o restabelecimento de um programa de orientação “em pessoa” para os novos empregados; a análise das disposições contratuais sobre os consultores nacionais e internacionais da OPAS, com vistas a fortalecer o cumprimento tanto da letra como do espírito dos contratos, e a aplicação uniforme das regras e políticas relacionadas com os trabalhadores da OPAS contratados por intermédio de agências de emprego.
- Liderou a iniciativa Local de Trabalho Respeitoso, uma intervenção desenvolvida por meio de um processo participativo que abrangeu os grupos de trabalho interdepartamentais e a representação da Associação de Pessoal da OPAS. A iniciativa foi lançada em julho de 2015 para promover um clima de respeito e inclusão em toda a Organização e tira partido de esforços por parte de HRM em 2013, bem como da campanha “*Make Kindness Contagious*”, levada à frente pelo Programa Especial sobre Desenvolvimento Sustentável e Equidade em Saúde em 2014 para tornar a gentileza contagiosa. Em 2016, um seminário sobre a resolução de conflitos foi elaborado e oferecido ao pessoal da Sede e das representações nos países. Um curso on-line para conscientizar sobre os primeiros sinais de conflitos de interesses será lançado em 2017.

306. Em 2012, a Repartição conseguiu alcançar a paridade de gênero entre os funcionários das categorias profissionais tanto na Sede como nas representações nos países. Essa tendência se manteve, conforme refletido nas estatísticas do pessoal

referentes a 2016, que mostram que 52% dos postos nas categorias profissionais e superiores eram ocupados por mulheres e 48% por homens. Nas representações nos países e nos centros técnicos da OPAS, a porcentagem de mulheres nas categorias profissionais aumentara de 47% em 2015 para 50% em 2016. Entretanto, a Organização continuava a enfrentar o desafio de assegurar a paridade de gênero nas posições de chefia. Estavam sendo tomadas medidas para identificar soluções, como a criação de um grupo de trabalho sobre paridade de gênero para considerar ideias inovadoras para atrair e manter bons candidatos.

Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS)

307. Em 2013, a RSPA firmou vários contratos com diversos fornecedores de software e serviços de gestão de mudanças, e contratou gerentes de projeto externos e internos para dar continuidade aos esforços para estabelecer o Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS) e assegurar uma infraestrutura administrativa mais ágil e eficiente. A RSPA formou e capacitou uma equipe para a implementação do PMIS, e formulou planos detalhados de trabalho, formação e gestão de mudanças. A capacitação formal do pessoal no PMIS começou em novembro de 2014.

308. A implementação dos primeiros componentes do sistema, o módulo Gestão de Capital Humano e o componente da folha de pagamentos (fase 1) substituiu muitos dos sistemas preexistentes de recursos humanos da Repartição, e um centro de apoio à entrada em produção assistiu o pessoal durante o processo de lançamento. As lições extraídas na fase 1 foram documentadas para ajudar a melhorar a funcionalidade na fase 2, em que ocorreu a implementação da parte do sistema referente às finanças para substituir os sistemas financeiros centrais preexistentes.⁴⁷ Já a fase 2 foi concluída em janeiro de 2016, juntamente com um centro pós-entrada em produção que prestou apoio a todo o pessoal da RSPA. Uma série de outros sistemas existentes continuou a funcionar fora da abrangência do PMIS, como os de contratações eletrônicas, impostos, pensões, seguro-saúde do pessoal e SharePoint.

309. Em 2016, a Repartição concluiu a implementação do PMIS, dentro do prazo e do orçamento. Em plena operação em quatro idiomas, o PMIS gerencia 180 processos de negócio e permite fazer transações em 24 diferentes moedas, atendendo mais de 2.000 usuários em mais de 30 locais nas Américas. A complexidade e magnitude do projeto constituíram grandes desafios, inclusive longas curvas de aprendizado para o pessoal, a necessidade de gerenciar comportamentos inesperados do sistema e o impacto sobre o equilíbrio do volume de trabalho do pessoal. A RSPA dedicou uma considerável quantidade de recursos e tempo do pessoal à capacitação para uso do sistema, gestão de mudanças e estabilização do sistema em toda a Organização. No geral, a implementação do sistema causou um nível mínimo de transtornos, em termos relativos, para a execução dos programas técnicos e operações diárias da Repartição. Percebe-se uma diferença

⁴⁷ AmpesOmis, AMS/FMS (sistema de gestão de adjudicações/sistema de gestão financeira), FAMIS (sistema de informação para a gestão das contas financeiras), ADPICS (sistema avançado de controle de estoques e compras) e SOS (busca on-line simplificada).

marcante entre essa experiência e a de muitas organizações internacionais de grande porte ao implementar um novo sistema de ERP, e isso pode ser atribuído a um bom planejamento e aos extraordinários esforços do pessoal da Repartição tanto na Sede como em campo.

310. O PMIS produziu benefícios tangíveis ao simplificar muitos processos de negócio, maximizar a transparência e promover a prestação de contas e a colaboração. A RSPA prevê mais benefícios uma vez que o sistema esteja plenamente estabilizado e as novas maneiras de trabalhar tenham sido assimiladas por completo. O PMIS é único no sistema das Nações Unidas porque está baseado na nuvem, o que permite a continuidade das operações em qualquer local e sem depender de papel. A Faculdade do Pessoal do Sistema das Nações Unidas (UNSSC) selecionou a OPAS para um estudo de caso de implementação eficaz e eficiente de um sistema de ERP. A UNSSC reconheceu que o PMIS impulsionou melhorias nas políticas e procedimentos operacionais padronizados da OPAS e reforçou o profissionalismo entre o pessoal da OPAS.

311. Aproveitando a implementação do módulo Gestão de Capital Humano do PMIS, os processos de negócio relacionados com os recursos humanos foram revistos e integrados. O sistema baseado na nuvem tem uma interface móvel robusta que permite aos usuários cumprir tarefas em tablets e smartphones, além de trabalhar em computadores pessoais. Essa capacidade é especialmente importante em vista da exigência da OPAS de permitir ao pessoal aprovar transações independentemente da função e do local. Ademais, em apoio à busca e contratação de recursos humanos de talento, foi lançada no início de 2017 a plataforma de contratação Stellis. Concebido em conjunto com a OMS, o sistema usa software baseado na nuvem para a gestão de talentos que eleva a Repartição ao padrão atual do setor. A expectativa é que ele melhore a transparência e a prestação de contas na gestão dos processos seletivos em toda a Organização.

Tecnologia da informação

312. Durante o período em tela, a RSPA aprovou uma nova estratégia de tecnologia da informação (TI) e adotou um novo processo de governança de TI para coordenar os gastos em projetos de tecnologia em todas as entidades da OPAS. Além disso, os domínios das representações e centros da OPAS na Internet foram combinados em um único domínio da OPAS, e os programas para computador foram padronizados de modo a reduzir a complexidade, aumentar a segurança, simplificar o suporte e facilitar a implementação das iniciativas futuras de TI e gestão do conhecimento. Uma nova iniciativa, “OPAS na Nuvem”, foi implementada, permitindo aos funcionários da Sede acessar os ambientes de sua área de trabalho de qualquer lugar e em qualquer dispositivo, além de ter acesso remoto às ferramentas, serviços e repositórios compartilhados da OPAS.

313. Em 2014, a Repartição concluiu uma avaliação abrangente de TI que deu lugar a recomendações para continuar a modernização dessa área fundamental de apoio à

instituição. As recomendações foram incorporadas a uma estratégia de TI atualizada para o período 2015-2019, com cinco áreas de foco: o apoio aos programas técnicos, o apoio às representações nos países, o PMIS, a inovação em TI e a manutenção da estabilidade das operações de TI. A estratégia responde a importantes mudanças nas necessidades e no ambiente de TI da Repartição, como a implementação do PMIS, as crescentes demandas dos programas técnicos da OPAS, a proliferação de serviços baseados na nuvem, a previsão de uma renovação excepcionalmente grande do pessoal de TI nos próximos cinco anos, os desafios da segurança das informações e o crescimento das mídias sociais no local de trabalho. A nova estratégia fornece uma estrutura para a gestão de TI, oferece um mecanismo para definir os níveis de investimento e as alocações em toda a carteira de TI e cria um ponto de referência para o total dos gastos em TI. A Repartição revisou ainda mais o processo da governança de TI para melhorar a tomada de decisões e a definição de prioridades para todos os projetos e investimentos relacionados à área.

314. Dando continuidade à implementação da estratégia de TI atualizada, em 2015 foi adotado o inovador Sistema de Solicitação de Serviços (SRS, na sigla em inglês), um sistema multilíngue e baseado na nuvem, para apoiar todos os usuários e sistemas em toda a Repartição. O SRS permite aos usuários triar, priorizar, atribuir e encaminhar solicitações ao recurso apropriado e acompanhar sua resolução. Além disso, foi criado um novo sistema que dispensa o papel e funciona em tablets para uso nas conferências e reuniões; a segurança da Internet na Sede foi melhorada, com um novo software para monitorar e filtrar o conteúdo da Web, além de um firewall de última geração; e a rede passou por atualizações para melhorar a velocidade dos dados e a resposta dos aplicativos, com outros aperfeiçoamentos nos sistemas de backup e recuperação de dados. Os sistemas de colaboração virtual foram reforçados, com os serviços institucionais preexistentes de conferências pela Internet sendo substituídos pelos serviços WebEx na nuvem, com maior largura de banda. A adoção dos serviços do Microsoft Office (Office 365) também gerou ganhos em eficiência nas comunicações e colaboração, em um ambiente na nuvem seguro, administrado e com boa relação custo-benefício.

315. Na área do apoio aos programas técnicos, as melhorias se concentraram no desenvolvimento e apoio aos sistemas de informação técnica em saúde e na integração das plataformas de informação em saúde existentes para facilitar o uso e reduzir os custos globais para a Organização. Entre as melhorias, destacam-se o lançamento de um novo sistema de verificação de faturas para o programa Mais Médicos no Brasil; melhorias na Base de Dados de Mortalidade da OPAS; a avaliação da Plataforma de Informação em Saúde da OPAS (PLISA); e a implementação de uma ferramenta de vigilância das vacinas e de um novo aplicativo para a dengue que permitirá aos países transmitir seus dados de vigilância à PLISA usando um formato padronizado.

316. O apoio às representações nos países se concentrou na melhoria da prestação de serviços centralizados, com a redução da infraestrutura física local em favor de uma conectividade forte e segura e da gestão simplificada dos serviços de TI. A largura de banda da Internet foi aumentada para melhorar a conectividade nas representações nos

países, tanto com a nuvem como com os sistemas da Sede; as infraestruturas de telefonia e de servidores foram atualizadas; e uma série de computadores de mesa foi substituída.

Comunicação estratégica

317. A RSPA reconheceu a necessidade de melhor articular a notável história da OPAS — inclusive as conquistas dos Estados Membros e as inovações em matéria de saúde pública — para apresentá-la a possíveis novos parceiros, bem como melhorar a capacidade do pessoal em toda a Organização para desenvolver relações mais diversificadas com os investidores não tradicionais nas áreas social e da saúde. Nesse sentido, foi definida uma nova estratégia de comunicação para a Organização, com o objetivo de promover a OPAS e melhorar sua reputação como uma organização que busca sempre aprender e está voltada para o futuro, uma fonte fidedigna e preferível de informações em saúde e um parceiro seguro e confiável no desenvolvimento da saúde. A RSPA aplicou tecnologias e plataformas inovadoras de comunicação, inclusive o aumento do uso das conferências virtuais para fortalecer a comunicação com os Estados Membros e a participação em redes dentro e fora da Região.

318. A Repartição continuou a produzir e difundir numerosos documentos técnicos e folhetos informativos, pôsteres e outros produtos para promover a saúde e prestar assessoria técnica, distribuindo cada vez mais material pelo seu website e reduzindo a necessidade de imprimi-lo. A RSPA melhorou sua cobertura dos eventos relacionados com a saúde pública em âmbito mundial e regional, ao aproveitar as redes sociais como Twitter, Flickr, YouTube, Facebook e Facebook Live. O Facebook Live facilitou as entrevistas com a Diretora da RSPA, os ministros da saúde e outros entre os defensores mais importantes da saúde, além de haver permitido às entidades técnicas se comunicar mais facilmente “ao vivo”. As páginas da OPAS na Internet e na intranet foram redesenhadas, e esta última destaca a seção “Foco nos Países”, que apresenta notícias e desdobramentos enviados pelas representações nos países.

319. Cumpre notar que o contato com os meios de comunicação foi fortalecido por meio de mensagens direcionadas e respostas diretas às consultas dos meios de comunicação. As melhorias na comunicação estratégica ajudaram a melhorar o posicionamento e elevar a classificação da Organização dentro da comunidade internacional.

9. CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS PARA 2030

320. A cooperação técnica da OPAS contribuiu para o fortalecimento contínuo das capacidades e para a obtenção de muitos êxitos nos países, no âmbito sub-regional e regional, durante o período deste relatório. Os Estados Membros da OPAS e a RSPA fizeram uso de modalidades bem testadas, como a formulação e uso de políticas e diretrizes, mas também geraram ideias, enfoques e ferramentas criativas e inovadoras, como o uso da saúde eletrônica (e-Saúde) e a adoção de novas tecnologias e plataformas para o intercâmbio de informações, para fazer face às questões prioritárias de saúde pública na Região das Américas. Os Estados Membros demonstraram sua solidariedade e colaboraram estreitamente com a RSPA e entre si enquanto buscavam reduzir as iniquidades em saúde, conseguir avanços rumo à saúde universal e assegurar o bem-estar de suas populações. Contudo, houve muitos desafios durante o período, e muitos deles ainda permanecem.

321. Embora a pobreza tenha recuado consideravelmente na Região ao longo da década passada, a iniquidade em saúde ainda é um dos mais importantes desafios em matéria de saúde pública nas Américas. A maioria dos países da Região reconhece a saúde como um direito básico, e sua busca pela saúde universal é uma manifestação concreta da realização progressiva do direito à saúde e da redução das iniquidades em saúde. Cada vez mais, os países estão conscientes da importância de sistemas de informação para a saúde que forneçam dados desagregados relacionados com os determinantes sociais da saúde e que levem em consideração dados de outros setores que não o de saúde, à medida que elaboram políticas, planos e programas para o desenvolvimento equitativo da saúde.

322. A importância de adotar um enfoque estratégico inclusivo para reduzir as iniquidades em saúde também está ganhando terreno. O setor da saúde por si só não consegue fazer todo o necessário para a saúde e o bem-estar da população nacional e dos grupos populacionais desfavorecidos, subatendidos e vulneráveis. A ação e a colaboração multissetoriais são indispensáveis, com o envolvimento da sociedade civil e do setor privado. Esse envolvimento deve se enquadrar na estrutura das políticas, estratégias e planos nacionais de saúde, a fim de assegurar uma ação coesa rumo à consecução dos objetivos de desenvolvimento da saúde acordados e à identificação das funções, responsabilidades e recursos.

323. A alocação e a mobilização de recursos em apoio à cooperação técnica da Organização provavelmente assumirão importância ainda maior no futuro para proteger os avanços da Região e enfrentar os novos desafios de forma eficiente e eficaz. Haverá a necessidade de enfatizar com ainda mais firmeza os mecanismos para melhorar as parcerias tradicionais e não tradicionais e para criar métodos eficientes e eficazes para tirar maior proveito das capacidades dos países, dos conhecimentos técnicos e experiência e dos referidos recursos na cooperação entre os países para o desenvolvimento da saúde.

324. Outros desafios afetam alguns países na Região mais do que outros: a insuficiência de recursos financeiros em virtude das dificuldades econômicas; mudanças frequentes de governo e de administração política, às vezes com interrupções na formulação e/ou implementação de políticas; a capacidade limitada para identificar, documentar e abordar as iniquidades em saúde e os determinantes sociais da saúde, inclusive por meio do interculturalismo e da proteção social; a atenção inadequada à prevenção e à atenção primária à saúde, com ênfase excessiva e contínua no tratamento e na atenção terciária; limitações de recursos humanos em saúde (em termos de quantidade, categorias e distribuição); a interferência de entes da indústria, sobretudo no tocante à prevenção e controle das DNT; as emergências e surtos recorrentes que distraem a atenção e desviam os recursos de outras áreas importantes para o desenvolvimento da saúde; e a imigração descontrolada com potencial para saturar os sistemas de saúde locais e nacionais.

325. Vários países estão se aproximando da eliminação de determinadas doenças transmissíveis, como a transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita, e algumas doenças infecciosas negligenciadas. Com a manutenção da vontade política, recursos suficientes, o reforço dos sistemas de saúde e parcerias eficazes, a cooperação técnica da OPAS possibilitará que se deem os passos finais para a eliminação. Contudo, outras doenças transmissíveis, como a causada pelo vírus Zika e suas complicações, impõem a necessidade de intervenções contínuas para prevenir, detectar e controlá-las, bem como para fazer face às suas consequências sociais e para a saúde.

326. É provável que as principais prioridades programáticas permaneçam nas agendas da saúde e do desenvolvimento dos Estados Membros da OPAS no futuro próximo. Entre essas prioridades, destacam-se o reforço dos sistemas de saúde visando a saúde universal e a resiliência dos sistemas de saúde; a preparação e a resposta aos surtos de doenças e aos desastres tanto naturais como produzidos pelo homem; a prevenção e controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis; e a abordagem da saúde em todo o ciclo de vida, inclusive dos determinantes sociais e ambientais da saúde. Outras questões, como a saúde dos migrantes, dos povos indígenas e dos afrodescendentes também ocupam uma posição proeminente nas agendas dos países.

327. A luta contra as doenças não transmissíveis precisa continuar a abarcar a legislação e a regulamentação a fim de prevenir e controlar os fatores de risco. Isso possibilitará uma mudança de comportamento e a adoção de estilos de vida saudáveis, em paralelo com a melhoria contínua da qualidade do tratamento e da reabilitação. Mais esforços devem ser envidados para apresentar evidências dos impactos negativos sobre a produtividade e as economias nacionais provocados pelas DNT, inclusive os transtornos mentais, com o intuito de promover a causa, ampliar os esforços de prevenção e controle dentro do setor da saúde, e reforçar a participação de setores outros que não o da saúde. Na Região, será crucial combater a epidemia do sobrepeso e obesidade.

328. A cooperação técnica da RSPA continuará a responder às prioridades de saúde nacionais, sub-regionais e regionais e a fortalecer a capacidade nacional para enfrentá-las.

Esses esforços serão orientados por resoluções e recomendações dos Órgãos Diretores da OPAS dentro da estrutura de mandatos e acordos mundiais, regionais e sub-regionais, bem como de políticas estratégicas e planos nacionais. Entre as grandes estruturas internacionais a orientar o trabalho da OPAS para fazer face aos desafios, destacam-se os ODS, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, o Regulamento Sanitário Internacional, a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030, o período restante do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e um novo plano estratégico para 2020-2024 a ser elaborado. A adaptação da cooperação técnica para atingir os objetivos estabelecidos nesses instrumentos será norteada por estratégias de cooperação sub-regionais e nacionais formuladas em estreita colaboração com as respectivas autoridades sub-regionais e nacionais, e com a participação de outros interessados diretos essenciais da área da saúde.

329. As prioridades da cooperação técnica e do desenvolvimento institucional da Organização nos próximos cinco anos serão:

- a) Promover a saúde universal por meio de sistemas de saúde resilientes com base no enfoque de atenção primária à saúde, e assegurar o acesso universal a serviços integrais e de qualidade em todo o ciclo de vida;
- b) Assegurar que todos os países possam cumprir e manter suas obrigações no âmbito do RSI (2005), com uma forte capacidade nacional e regional de preparação e resposta a emergências e desastres;
- c) Impulsionar a resposta à resistência aos antimicrobianos nas Américas, em colaboração com os setores da saúde animal e da agricultura e pecuária;
- d) Promover uma ênfase renovada na conquista de uma saúde equitativa para todas as mulheres e crianças, grupos étnicos, populações indígenas e pessoas que vivem em condições de vulnerabilidade, ao mesmo tempo em que se continua a destacar e incorporar o gênero, a equidade, os direitos humanos e a etnia em todo o trabalho da OPAS;
- e) Levar à frente a eliminação das doenças transmissíveis, com a ampliação do número de países que certifiquem a eliminação da malária, da TB e das doenças infecciosas negligenciadas; trabalhar para alcançar a eliminação da transmissão do HIV na Região até 2030 e ampliar as iniciativas de controle de vetores;
- f) Manter a Região no rumo certo para reduzir em 25% a mortalidade pelas DNT até 2025 e, em 33%, até 2030, abordando a redução dos fatores de risco, fortalecendo os sistemas de saúde e melhorando a capacidade nacional para a vigilância das DNT e para a resposta a essas doenças;
- g) Defender melhorias nos determinantes da saúde por meio de enfoques multissetoriais, e liderar a resposta regional do setor da saúde à mudança climática;

- h) Ampliar o acesso a medicamentos em toda a Região, com a promoção do aumento da produção, transferência de tecnologia, compras em conjunto e melhoria da gestão das cadeias de suprimento;
- i) Manter a Região no rumo certo para alcançar todas as metas do ODS 3, bem como as metas dos outros ODS relacionadas com a saúde;
- j) Dar continuidade ao fortalecimento institucional da OPAS por meio do aprofundamento do compromisso com o foco nos países, impulsionando a elaboração de estratégias de cooperação nos países, a promoção da cooperação entre os países para o desenvolvimento da saúde, a realização de atividades diferenciadas de cooperação técnica para abordar as prioridades específicas dos países e a melhoria da cooperação sub-regional; envidando esforços constantes para que a governança e os sistemas de gestão e administração sejam mais eficientes e eficazes, e possibilitando a sustentabilidade financeira por meio da diversificação na captação de recursos no longo prazo e do aumento da eficiência.

330. Ao abordar essas prioridades, a RSPA procurará — entre outras estratégias — fortalecer continuamente os sistemas de informação em saúde; medir e monitorar as iniquidades; promover e assistir a implementação de instrumentos juridicamente vinculantes e acordados internacionalmente; incorporar as lições extraídas; compartilhar as experiências, boas práticas e informações; promover, facilitar e monitorar as abordagens baseadas na saúde em todas as políticas envolvendo múltiplos setores, todo o governo e toda a sociedade; estabelecer e consolidar parcerias; e implementar estratégias para mobilizar os recursos humanos, técnicos e financeiros necessários para alcançar os objetivos da cooperação técnica.

331. Esforços da OPAS contribuirão de forma importante para o êxito da cooperação técnica e para a consecução das metas nacionais de desenvolvimento da saúde. Entre eles, destacam-se as parcerias e alianças estratégicas da Organização; a promoção da cooperação Sul-Sul, Norte-Sul e triangular, e a contribuição para esses esforços; e sua capacidade de mobilização de recursos. A condição dupla da OPAS de organismo do sistema interamericano especializado na saúde e de Escritório Regional da OMS para as Américas lhe permite acessar uma ampla gama de conhecimento e experiências, além de lhe dar mais peso ao cumprir sua função de intermediar, convocar, facilitar e catalisar ações em âmbito subnacional, nacional, sub-regional, regional e mundial.

332. A Repartição Sanitária Pan-Americana trabalhará para que a OPAS se mantenha apta a cumprir seu propósito, desempenhando suas funções essenciais, explorando o ambiente mundial, celebrando suas conquistas e se preparando para eventualidades, a fim de “cumprir suas tarefas”, a serviço dos Estados Membros da OPAS e da saúde dos povos das Américas.

Siglas e abreviaturas

AECID	Agência Espanhola de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional
APR LAC	Uma Promessa Renovada para as Américas
TARV	terapia antirretroviral
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CAPRADE	Comitê Andino para Prevenção de Desastres e Assistência
CARICOM	Comunidade do Caribe
CARPHA	Agência de Saúde Pública do Caribe
CAREX	Exposição a Carcinógenos
CCHD	cooperação entre países para desenvolvimento da saúde
CDC	Centros para Controle e Prevenção de Doenças (Estados Unidos)
DRC	doença renal crônica
DRCnT	doença renal crônica de causas não tradicionais ou desconhecidas
CLAP/SMR	Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva
COMISCA	Conselho de Ministros da Saúde da América Central
CSC	Escritório de Coordenação Nacional e Sub-regional
SCZ	síndrome congênita do Zika
DFID	Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional
DINEPA	Departamento Nacional de Abastecimento de Água e Saneamento (Haiti)
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
EME	equipe médica de emergência
PAI	Programa Ampliado de Imunização
FAO	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
FENSA	Quadro de Colaboração com Agentes não Estatais
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz (Brasil)
PIB	produto interno bruto
HCC	Coalizão do Caribe Saudável
STP	saúde em todas as políticas
HIV/AIDS	vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida
HPV	papilomavírus humano
RHS	recursos humanos em saúde
ISH	Índice de Segurança Hospitalar
AIEA	Agência Internacional de Energia Atômica
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
ICMS	Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
IES	Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
IICA	Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura
FMI	Fundo Monetário Internacional
SGI	Sistema de Gestão de Incidentes
INSP	Instituto Nacional de Saúde Pública (México)
TI	tecnologia da informação

TB DE FRM	tuberculose multirresistente
Mercosul	Mercado Comum do Cone Sul
mhGAP	Programa Mundial de Ação para Superar as Lacunas em Saúde Mental
DNT	doença não transmissível
ONG	organização não governamental
DIN	doença infecciosa negligenciada
ARN	autoridade reguladora nacional
OEA	Organização dos Estados Americanos
OECS	Organização dos Estados do Caribe Oriental
ORAS-CONHU	Organismo Regional Andino de Saúde – Convênio Hipólito Unanue
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RSPA	Repartição Sanitária Pan-Americana
PED	Departamento de Prontidão para Emergência e Assistência em Caso de Desastres (OPAS)
PHE	Departamento de Emergências de Saúde (OPAS)
PHEFA	Programa Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa
REMSAA	Reunião de Ministros da Saúde da Área Andina
RIMSAA	Reunião Interamericana de Nível Ministerial sobre Saúde e Agricultura
Rio+20	Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável
SICA	Sistema de Integração Centro-Americana
SIP	Sistema de informação perinatal
SIP-A	Formulário para registro clínico de abortos do Sistema de Informação Perinatal
BAA	bebida adoçada com açúcar
IST	infecção sexualmente transmissível
SUS	Sistema Único de Saúde (Brasil)
TB	tuberculose
CTP	cooperação técnica entre países
ONU	Organização das Nações Unidas
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS
GNUD ALC	Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a América Latina e Caribe
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNUMA	Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
EUA	Estados Unidos
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VCPH	Campus Virtual de Saúde Pública
AMS	Assembleia Mundial da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde

Agradecimentos

A Repartição Sanitária Pan-Americana agradece o apoio dos seus Estados Membros por meio de suas contribuições fixas, bem como as generosas contribuições voluntárias de governos, organismos e instituições, como:

American Dental Association/Associação Americana de Odontologia
American Heart Association/Associação Americana do Coração
Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para o Desenvolvimento (AACID)
Corporação Andina de Fomento
Fundación Universidad de Antioquia (Colômbia)
Fundação Bill e Melinda Gates
Conselho Nacional da Pecuária de Corte (Brasil)
Agência de Saúde Pública do Caribe
Escritório Regional da CBM para a América Latina
CDC Foundation/Fundação dos CDC
Center for Public Service Communications
Colgate Palmolive Company
Council for International Organizations of Medical Sciences/Conselho de Organizações Internacionais das Ciências Médicas (CIOMS)
Department of Foreign Affairs and Trade of Australia/Departamento de Relações Exteriores e Comércio da Austrália
Department of Foreign Affairs, Trade and Development of Canada/Departamento de Relações Exteriores, Comércio e Desenvolvimento do Canadá
Banco de Desenvolvimento da América Latina
Fundo Distrital de Saúde – Secretaria de Saúde Distrital de Bogotá
Emory University
Comissão Europeia
Comunidade Europeia
Direção-Geral da Proteção Civil e das Operações de Ajuda Humanitária Europeias
Fondation Mérieux
Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
Aliança Gavi
Global Affairs Canada
Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária
Governo da Argentina
Governo da Austrália
Governo das Bahamas
Governo de Belize
Governo da Bolívia
Governo da República Bolivariana da Venezuela
Governo do Brasil
Governo da Colômbia
Governo da Costa Rica
Governo da República Dominicana

Governo do Equador
Governo de El Salvador
Governo da Guatemala
Governo da Guiana
Governo de Honduras
Governo da Itália
Governo de Luxemburgo
Governo do México
Governo do Panamá
Governo do Paraguai
Governo do Peru
Governo da República da Coreia
Governo da Espanha
Governo do Reino Unido
Governo do Uruguai
Banco Interamericano de Desenvolvimento
International Development Research Center/Centro Internacional de Pesquisas para o Desenvolvimento
International Agency for the Prevention of Blindness/Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira
Japan Bank for International Cooperation/Banco Japonês de Cooperação Internacional
Japan Center for International Exchange/Centro Japonês para o Intercâmbio Internacional
Federação Latino-Americana da Indústria Farmacêutica
London School of Economics
MAC AIDS Fund
Agência Norueguesa de Cooperação para o Desenvolvimento
Open Society Foundations
Orbis International
Fundação da OPAS
PATH
Missão Permanente de Botsuana junto à Organização das Nações Unidas
Missão Permanente do Canadá à Organização dos Estados Americanos
Fundo PHEFA
Population Services International
Programa de Transformação Produtiva (Colômbia)
Project High Hopes Global
Public Health Agency of Canada/Agência de Saúde Pública do Canadá
RAD-AID International
Fundação Rockefeller
Instituto de Vacinas Sabin
Fundação Sanofi Espoir
Standards and Trade Development Facility
Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional
Task Force for Global Health/Grupo de Trabalho para a Saúde Mundial
Texas Children's Hospital

Together for Girls
United Kingdom Department for International Development/Departamento do Reino
Unido para o Desenvolvimento Internacional
Fundo Central de Resposta a Emergências das Nações Unidas
Fundo das Nações Unidas para a Infância
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
Fundação das Nações Unidas
Estratégia Internacional das Nações Unidas para a Redução de Desastres
Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários
Escritório das Nações Unidas para a Redução do Risco de Desastres
Parceria das Nações Unidas para Promover os Direitos das Pessoas com Deficiências
Fundo de População das Nações Unidas
Fundo das Nações Unidas para a Segurança Humana
Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos
United States Food and Drug Administration/Agência Reguladora de Alimentos e
Medicamentos dos Estados Unidos
University of Washington
Vaccine Ambassadors
Banco Mundial
Fundação Mundial de Diabetes

- - -